

SUELI ZAPPAS

***CUIDAR/CUIDADO NO CENTRO
CIRÚRGICO: UMA ESPERANÇA OU UMA
REALIDADE NA PRÁTICA DA
ENEERMAGEM?***

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REPENSUL - EXPANSÃO PÓLO II - URG/UFPeI

FLORIANÓPOLIS - AGOSTO / 1996

SUELI ZAPPAS

***CUIDAR/CUIDADO NO CENTRO
CIRÚRGICO: UMA ESPERANÇA OU UMA
REALIDADE NA PRÁTICA DA
ENFERMAGEM?***

*DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC, COMO REQUISITO
PARCIAL À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM.*

Orientadora : Dr^a. Vera Regina Waldow

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
REPENLUL - EXPANSÃO PÓLO II - URG/UFPeL
FLORIANÓPOLIS - AGOSTO/1996**

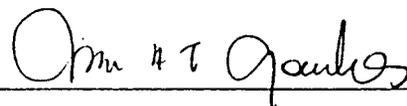
O CUIDAR/CUIDADO NO CENTRO CIRÚRGICO: UMA ESPERANÇA OU UMA REALIDADE NA PRÁTICA
DA ENFERMAGEM?

SUELI ZAPPAS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Assistência de Enfermagem

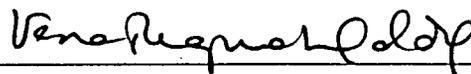
e APROVADA em sua forma final em 20 de agosto de 1996, atendendo as normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Prof. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Coordenadora do Curso

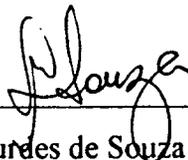
BANCA EXAMINADORA:



Dra. Vera Regina Waldow - Presidente/Orientadora



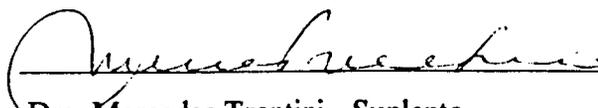
Dra. Eloita Neves-Arruda - Membro



Dra. Maria de Lourdes de Souza - Membro



M.Sc. Wilson Danilo Lunardi Filho - Membro



Dra. Mercedes Trentini - Suplente

Este trabalho é dedicado
a todos que amam fazer Enfermagem

Agradecimentos:

À Profa. Dra. Enfa. Maria de Lourdes de Souza, pela criação da Rede de Pós-Graduação em Enfermagem na Região Sul (REPENSUL).

À Profa. Dra. Enfa. Marta Regina Cesar Vaz e ao Prof. Fernando Amarante, por terem assumido a REPENSUL na URS.

Aos colegas Prof. Enf. da URS, pela aceitação das mudanças ocorridas nas atividades profissionais.

A todos os Prof. do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, pela disponibilidade em realizarem o trabalho na forma de extensão.

Às colegas Enf. e companheiras Adriana Dora da Fonseca, Mara Regina Santos da Silva, Marta Riegert Borba, Maria José Martins Chaplin (Zezé) e Marlene Jeda Pelzer pela união, apoio, incentivo, estímulo e paciência que tiveram para comigo, durante esta trajetória.

Às colegas Enf do Centro Cirúrgico, pela ajuda e discussões durante a jornada.

Aos pacientes que possibilitaram a existência deste trabalho e pelo enriquecimento de valores que me proporcionaram.

Aos colegas Valéria e Wilson Lunardi, pelo carinho, ajuda e aconchego.

Aos estudantes do Curso de Enfermagem da URS, pela aceitação e troca que se dispuseram a efetivar comigo nesta caminhada.

À minha família, pela compreensão das minhas dificuldades apresentadas durante esta trajetória.

À Profa. Dra. Enfa. Vera Regina Waldow, orientadora deste trabalho, pela aceitação das minhas limitações e pela permissão de me fazer livre.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
1 - INTRODUÇÃO	
1.1 - Percepções à cerca do fazer Enfermagem.....	01
1.2 - Minha visão sobre o Cuidar/Cuidado no centro cirúrgico.....	03
1.3 - Da possibilidade de interagir: Relação Pessoa-Pessoa.....	05
1.4 - Relatando a interação com os pacientes.....	08
1.5 - Fundamentando e justificando o cuidado ao paciente no centro cirúrgico.....	17
1.6 - Apresentando o processo do Cuidar/Cuidado.....	21
1.7 - Elementos mobilizadores à realização do presente estudo.....	22
2 - PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS DO CUIDAR/CUIDADO COMO REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como imperativo moral ou ideal.....	28
2.2 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como sentimento.....	30
2.3 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como relacionamento interpessoal.....	30
2.4 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como intervenção terapêutica.....	32
2.5 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como característica humana.....	34
2.6 - O Cuidar/Cuidado e a Relação Pessoa-Pessoa.....	36
3 - METODOLOGIA DA PESQUISA	38
3.1 - População.....	38

3.2 - Instrumento de coleta de dados.....	39
3.3 - O método da coleta de dados e os aspectos éticos envolvidos.....	41
3.4 - Estudo piloto.....	42
3.5 - O método de análise e interpretação dos dados das questões abertas.....	42
3.5.1 - Apresentando as categorias intermediárias.....	45
3.5.2 - Apresentando as categorias finais.....	49
3.5.2.1 -Categoria final 1 - Cuidado como imperativo moral ou ideal..	50
3.5.2.2 -Categoria final 2 - Cuidado como sentimento.....	52
3.5.2.3 -Categoria final 3 - Cuidado como relacionamento interpessoal.....	56
3.5.2.4 -Categoria final 4 - Cuidado como intervenção terapêutica.....	58
3.5.2.5 -Categoria final 5 - Cuidado como característica humana.....	61
3.5.2.6 -A anti-categoria do cuidado - o Não-Cuidado.....	63
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS.....	92

LISTA DE QUADROS

1. Indicadores de Cuidado como imperativo moral ou ideal.....	51
2. Indicadores de Cuidado como sentimento.....	53
3. Indicadores de Cuidado como relacionamento interpessoal.....	57
4. Indicadores de Cuidado como intervenção terapêutica.....	59
5. Indicadores de Cuidado como característica humana.....	61
6. Indicadores da anti-categoria do cuidado: o Não-Cuidado.....	63

RESUMO

Este estudo surgiu da minha necessidade de procurar uma forma alternativa de fazer Enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) e, para tanto, iniciei pela busca junto ao paciente (ser-cuidado) do que ele percebeu como Cuidado em seu período de transoperatório, isto é, desde o momento em que foi recebido no CC até o momento em que foi liberado para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), utilizando o Referencial Teórico Cuidar/Cuidado. O estudo, de caráter exploratório, colheu as percepções dos pacientes através de uma entrevista semi-estruturada, que constou do instrumento utilizado por Neves-Arruda et al. (1995) com adaptação para pacientes adultos. A análise das informações foi feita através do método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977). Das categorias iniciais emergidas da identificação do tema nos depoimentos, foram feitos agrupamentos, dando origem a quatorze (14) categorias intermediárias (proteção, ajuda, satisfação de necessidades, presença, tranquilidade, carinho, atenção, segurança, tecnologia, preocupação, conforto, facilitação, desatenção e ausência), as quais foram relacionadas à classificação epistemológica do Cuidar/Cuidado de Morse et al. (1990) e que constituíram as categorias finais do estudo, quais sejam, o Cuidado como: imperativo moral ou ideal, sentimento, relacionamento interpessoal, intervenção terapêutica, característica humana e a anti-categoria do cuidado, o Não-Cuidado. Todos os pacientes entrevistados deram nota dez (10) ao Cuidado recebido no CC, assim como referiram terem se sentido bem-cuidados, em geral, por todos os elementos presentes no setor. O estudo evidenciou, através das categorias intermediárias, uma maior ênfase na área expressiva do Cuidado. Houve ainda a expressão dos seres-cuidados em relação à como se sentiram cuidados no CC e por quem, subsidiando, assim, de alguma forma, como deve(ria) ser o trabalho da Enfermagem no CC para atender suas necessidades no período do transoperatório. Frente ao que o estudo revela, surgiram alguns questionamentos quanto ao papel e natureza do trabalho da enfermeira em relação ao Cuidado.

ABSTRACT

A study spurred by the author's need to find an alternative form to conduct Nursing at a Surgical Center (CC); to that end, a search was started next to the patient (to be cared for), to detect what he perceived as Care along the transoperative period, that is, from being received at the CC until liberation to the post-anesthetic recovery room (SRPA), the Caring/Care Theoretical Referential being employed. The study, vested with an exploratory character, captured patients' perceptions by means of a semi-structured interview, of which the tool was that used by NEVES-ARRUDA et al (1995) with adaptation to the adult patients. Data analysis was conducted as per Bardin's (1977) Contents Analysis Method. Initial categories, emerged from the identification of the theme along the statements, were grouped to form fourteen (14) intermediate categories (protection, help, satisfaction of needs, presence, tranquillity, affection, attention, security, technology, concern, comfort, facilitation, inattention and absence). These categories were related to Morses et al (1990) Caring/Care epistemological classification, constituting the final categories of the study, namely, care as: moral or ideal imperative, feeling, interpersonal relationships, therapeutic intervention, humane characteristic, and care anti-category, the non-care. All of the interviewed patients accorded a grade ten (10) to care received at the CC, declaring having been well treated, as a rule, by all the staff in that sector. The study made evident, through the intermediate categories, a greater emphasis on the expressive area of Care. There was also the expression by the cared-for persons regarding their impressions on being cared-for, and by whom, at the CC, offering thus, in a way, perceptions on how nursing work at the CC should be performed to attend to their needs during the transoperative. Based on what this study unveils, questionings came up as to the role and nature of a nurse's work regarding Care.

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Percepções à cerca do fazer Enfermagem

Percebo a enfermeira neste momento, abraçando muitas atividades, estendendo muito sua área de atuação, tal como: gerenciando setores que não prestam assistência de Enfermagem; prestando serviços à grandes empresas de equipamentos médico-hospitalares; prestando assistência indireta, gerenciando unidades e, por vezes, em conflito dentro das instituições de assistência à saúde, por "pressões" da administração superior para que realize atividades que sente que não são as prioritárias para a saúde do paciente, e até mesmo realizando-as por pensar que esta seria a finalidade de seu exercício profissional. Vejo também, a enfermeira assistindo/cuidando do paciente, e é neste aspecto que deterei minhas reflexões.

Almeida e Rocha (1989) fizeram um estudo sobre a estrutura do saber de Enfermagem dentro de uma perspectiva histórica. Para tal, selecionaram como saberes da mesma, as técnicas, os princípios científicos e as teorias de Enfermagem. O saber foi considerado pelos autores como o instrumental que a profissão usa para a realização do seu trabalho. Analisaram que este saber procurou sempre uma fundamentação, e que no início do século XX, esta foi buscada nas áreas de biologia, de fisiologia e de prática médica. Na década de 50, foram acrescentados os conhecimentos da área da psicologia e da sociologia, para abranger o atendimento integral (biopsicossocial) do paciente e, na década de 70, a Enfermagem buscou construir o seu corpo específico de conhecimento, fundamentando-se principalmente nas ciências

comportamentais. Concluíram que o trabalho da Enfermagem no Brasil apresenta-se na modalidade funcional, isto é, dividido em tarefas e procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos os instrumentos de trabalho dominantes. Os autores observam que não há uma filosofia norteadora e nem pressupostos teóricos emergidos desta mesma prática e utilizados por ela. Finalmente, dizem que "é o ensino formal de enfermagem que legitima e reproduz o seu saber, cristalizando a divisão social e técnica do trabalho e favorecendo a crise de identidade dos vários agentes da Enfermagem" (op. cit. p.121). É neste contexto que aprendemos a ser enfermeiras e, desta forma, agimos também. Como se deduz, a Enfermagem não tem claro qual é sua identidade profissional, portanto, não é muito difícil entender porque seguimos o modelo biomédico.

Já existem, no entanto, estudos sobre o fazer Enfermagem, utilizando-se das técnicas, dos princípios científicos e das teorias de Enfermagem em conjunto. Como a minha prática tem seguido o modelo biomédico e agora não o entendendo como sendo a melhor forma para o exercício profissional da Enfermagem, venho buscando outra alternativa para tal. Dentro das leituras feitas, os trabalhos sobre o Cuidar/Cuidado (Travelbee, 1979; Bevis, 1981; Boyle, 1981; Boemer, 1984; Leininger, 1985; Riemen, 1986; Brown, 1986; Watson, 1988; Ray, 1989; Morse, 1990; Patrício, 1992; Waldow, 1992,1995; Radsma, 1994), despertaram em mim o interesse de fundamentar esse novo enfoque sobre o fazer Enfermagem, que consiste na aplicação do conhecimento técnico-científico de forma humanizada ao paciente. Para a viabilização dessa nova forma, há a necessidade de buscar junto a quem recebe o cuidado como este deve ser, possibilitando assim a orientação do processo de realização do Cuidar/Cuidado, atendendo às suas reais necessidades.

1. 2 - Minha visão sobre o Cuidar/Cuidado no centro cirúrgico

A visão que ora se apresenta sobre o Cuidar/Cuidado emerge da minha trajetória profissional de vinte anos em Centro Cirúrgico (CC), o que hoje me proporciona pensar na Enfermagem como sendo a prática de aplicar as técnicas, os princípios científico e as teorias de Enfermagem no cuidado para/do/com o paciente, pois assim, enfermeira em CC, realizaria as atividades pertinentes, de acordo com as prioridades estabelecidas, dentro de uma filosofia própria de trabalho, consideradas todas as necessidades levantadas, tanto as do paciente, como as do profissional e da sociedade.

Durante esta trajetória, como enfermeira assistencial e docente, minha experiência consistiu em desenvolver atividades dentro do CC. O que eu vinha realizando, e que julgava importante e pertinente ao trabalho, era o gerenciamento da unidade do CC. Para a enfermeira, este gerenciamento consistia em realizar a distribuição de cirurgias nas salas disponíveis, verificar se havia instrumental, roupa, equipamento e pessoal necessários ao número de solicitações. Enfim, atividades que compõem a organização e o planejamento para a viabilização das condições de forma a que as cirurgias fossem realizadas. Como parte destas atividades, competia periodicamente entrar de sala em sala para verificar se havia alguma alteração nos sinais vitais do paciente e prestar atendimento ao corpo médico em suas solicitações específicas, evitando, desta forma, estresse desnecessário na sala de cirurgia. Terminada a intervenção cirúrgica, o paciente era liberado pelo anestesiológico e encaminhado à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), e o trabalho do CC recomeçava em função de uma outra cirurgia. As funções incluíam ainda a manutenção do CC dentro das condições de limpeza e desinfecção preconizadas pelos princípios científicos, e também o atendimento dos

representantes das indústrias de fios de sutura, instrumentos cirúrgicos e outros, ouvindo-os na explanação sobre as vantagens de cada produto e nas solicitações da colaboração no sentido de colocá-los em uso e apresentar uma avaliação de sua qualidade e, se possível, com sugestões para melhorá-los. Hoje, ao fazer um balanço, pergunto-me: que tipo de relação, eu, enfermeira, tinha com o paciente que chegava no CC? Eu o via sempre como uma pessoa colocando-se nas mãos de profissionais para ter seu problema de saúde resolvido, mas, esquecido de que era um ser com muitas outras necessidades. Em geral, o paciente era recebido no CC, tendo-se como prioridade verificar se apresentava o campo operatório preparado, se estava em boas condições de higiene, com a sonda vesical, com o pré-anestésico administrado e em NPO, dentre outros. Esta avaliação mostra claramente a necessidade da Enfermagem em cumprir rotinas estabelecidas e, em última análise, em priorizar o lado técnico do seu trabalho. Se o paciente não se apresentava em condições conforme a avaliação, retornava à unidade de origem para ser "devidamente preparado". Com o passar do tempo e com as experiências da vida se acumulando, fui percebendo este ser, o paciente que chegava ao CC, sob outro olhar.

Iniciei uma série de questionamentos em relação ao ser-paciente como, por exemplo: Em quê ele pensava? Quais eram suas expectativas? Estaria preparado, sentindo-se seguro? Qual sua informação quanto ao que lhe estava acontecendo ou aconteceria? Estaria necessitando de algo? A quem caberia ajudá-lo? Como eu poderia ajudá-lo?

Parei para olhar para dentro do meu ser-profissional-enfermeira, e me fiz a pergunta: Qual é a parte que tenho que fazer como a profissional que sou? Aprendi,

na minha formação, a assistir o paciente nas suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais. No processo de reflexão e (re)avaliação do meu desempenho no exercício da Enfermagem em CC, com as (com)vivências acumuladas junto aos pacientes, aos elementos da equipe de Enfermagem e aos demais e, na busca do fazer uma Enfermagem com a melhor ou a mais adequada qualidade possível para o paciente, senti a necessidade de repensar qual é o verdadeiro papel da enfermeira. Será basicamente o gerenciamento da unidade do CC ou a efetivação do cuidado com/para/do paciente de forma humanizada? Então, como resgatar isso para o meu cotidiano?

1.3 - Da possibilidade de interagir: Relação Pessoa-Pessoa

Para responder alguns desses questionamentos, em fins de 1994, juntei minha necessidade pessoal com a necessidade de elaborar um Projeto de Assistência de Enfermagem, no Curso de Mestrado, onde verificaria a possibilidade de promover a interação entre a enfermeira do CC (neste caso, eu) e o cliente a ser operado, no período compreendido entre o momento de sua chegada ao CC e o início do procedimento anestésico, dentro de um espaço de tempo de aproximadamente cinco minutos. Para tal, utilizaria a metodologia fundamentada no Referencial de Joyce Travelbee (1979), Relação Pessoa-a Pessoa. Este tempo de cinco minutos, para mim, não inviabilizaria a realização das demais atividades da enfermeira e poderia diminuir o nível de ansiedade do paciente, auxiliando-o a enfrentar este seu momento de crise, ajudando-o ainda a vê-lo como um processo de crescimento. Foi possível realizar esta interação enfermeira/paciente em aproximadamente 8 minutos, em média.

Apresento, a seguir, de forma descritiva, como foi minha experiência durante o tempo de interação com alguns dos pacientes, os quais serão identificados por uma letra do alfabeto. Esta apresentação consta de três fases: as observações feitas por mim quanto ao comportamento apresentado pelo paciente; a resposta deste à interação; e a interpretação dada por mim ao comportamento dele. Após, tentarei estabelecer uma relação desta experiência com o Cuidar/Cuidado.

Todas as abordagens seguiram mais ou menos uma forma padronizada, ou seja, apresentava-me aos pacientes que, em geral, estavam deitados em uma maca no corredor, aguardando a entrada na Sala de Operação (SO), ou já na mesa cirúrgica. O local onde os pacientes ficavam aguardando situava-se junto à recepção do CC, onde existia uma secretaria com uma grande circulação de pessoas, e os pacientes ficavam na maca, junto à parede. Não é incomum vários pacientes aguardarem, em fila, nas macas. Apesar da movimentação de pessoas - funcionárias, enfermeira, pessoal de Enfermagem e médicos - estes pacientes, na maioria das vezes, não se comunicavam, podendo aguardar até uma hora para serem introduzidos na SO, ou terem sua cirurgia suspensa. A situação de suspensão de cirurgia não ocorreu com os pacientes com os quais realizei a proposta de efetivar a Relação Pessoa-a-Pessoa, de Joyce Travelbee. Normalmente, os pacientes com cirurgia marcada para o primeiro horário da tarde já se encontravam no CC, quando eu chegava, pois eram levados para o setor antes do horário de passagem do plantão da Enfermagem, em função de ser mais conveniente para o Serviço de Enfermagem, não atrapalhando as atividades de troca de plantão.

Essa Relação Pessoa-a-Pessoa, de Travelbee (1979), foi proposta para ser executada em mais ou menos cinco minutos, mas foi efetivamente realizada em torno

de oito minutos, pois a primeira fase, da observação, abrangeu o que pôde ser visto e ouvido por mim. Após, foi feita uma análise das informações, buscando a posterior confirmação da minha percepção junto ao paciente e, com isto, identificando se a minha ação exerceu alguma forma de ajuda para ele. Esta observação foi dirigida no sentido de detectar qual a necessidade prioritária para quem esse momento pode ser percebido como: "está chegando a hora H". Os objetivos para a observação, apesar da exigüidade do tempo previsto, não foram fechados, mas a interação com os pacientes ocorreu em torno de oito minutos, pois cada paciente é um ser único; portanto, foi respeitado o tempo necessário para cada uma dessas pessoas. Foram priorizadas as observações em relação às manifestações de ansiedade nas três situações mais freqüentemente evidenciadas como desencadeantes desses sentimentos, de acordo com a bibliografia, ou seja, o ambiente físico desconhecido, o desconhecimento a respeito da cirurgia e da anestesia e o afastamento de amigos e familiares. A interpretação dada às observações feitas por mim foi em nível de hipóteses. Este nível serviu como base para planejar, executar e avaliar as ações por mim realizadas. Então, as intervenções, ou seja, as interações incluíram desde o simples ouvir o mais falante (e talvez ansioso), ou o realizar um exercício respiratório para relaxamento, até um simples toque de mão, entre outros. As decisões sobre as interações, que foram feitas, dependeram praticamente somente do meu conhecimento pessoal e da compreensão das possíveis alternativas disponíveis para o enfrentamento da situação. Dei por encerrada esta Relação, quando os pacientes não se apresentavam como no início da aproximação. Por exemplo: quando o paciente que se apresentava numa postura rígida, relaxou, na minha percepção; quando o paciente, que olhava tudo à sua volta com rapidez, ao som ou movimento de alguém, deixou de fazer isto com tanta rapidez; e assim por diante. Desta forma, cada paciente se apresentou de uma forma e, conseqüentemente, foi

estabelecida a relação de uma maneira que interpretei como a mais adequada para ele especificamente, dando-a por encerrada também de acordo com cada situação. Para a avaliação deste processo de interação realizado por mim, todos os pacientes foram visitados no dia posterior as suas cirurgias. Para tal, foram utilizadas as seguintes questões, que formulei a todos de forma padronizada: Como está se sentindo? O senhor me conhece? Como foi tudo lá no CC? De que modo meu trabalho o ajudou? O que poderia ser feito de modo diferente no CC para ajudar mais?

1.4 - Relatando as interações com os pacientes

Aproximei-me do paciente A, cumprimentando-o e dando início à conversação. Fiz algumas perguntas quanto a sua cirurgia, pois, esta foi a forma que pensei adequada no momento. Enquanto eu formulava a pergunta, ele olhava para a parede; após, olhava-me, virava o rosto de novo para a parede e respondia. Com o passar dos minutos ou segundos, ele foi progressivamente olhando-me por um tempo maior. O paciente apresentava-se em decúbito dorsal, na horizontal, com os pés cruzados e as mãos entrecruzadas sobre o abdômen, que é a postura típica do paciente no CC. Perguntei-lhe se gostaria de elevar a cabeceira. Respondeu que gostaria. Perguntei por que estava com os pés cruzados e ele respondeu que era seu costume, mas descruzou-os. Enquanto fazia as perguntas, eu o examinava, fazendo palpação abdominal e verificação de pulso, de rede venosa e de perfusão capilar.

Constatei que o paciente apresentava-se com a musculatura enrijecida e postura corporal tensa. Pareceu-me que, no início, o paciente mostrou-se constrangido, não me

encarando de frente, olhando para as paredes e o teto. Modificou a postura corporal e verifiquei que a musculatura apresentou-se mais relaxada, ao final da interação. A equipe cirúrgica aproximou-se de nós e, a seguir, o paciente foi encaminhado à SO.

No dia seguinte, apresentei-me no quarto do paciente. Ele se encontrava recostado no leito, lendo um livro. Expressou que estava sentindo-se bem, sem dor e que já havia deambulado sem problemas. Reconheceu-me como a enfermeira que conversou com ele no CC, e referiu que se sentiu bem, enquanto encontrava-se lá, que é uma pessoa calma e que gostou do atendimento que teve da enfermeira.

Após repetidas explicações minhas sobre a importância de sua contribuição para a melhoria da assistência de enfermagem a outros pacientes, referiu sentir falta de a enfermeira permanecer junto dele, após o término da cirurgia, pois ficou esperando o pessoal da unidade de internação ir buscá-lo, permanecendo no corredor do CC, sentindo receio que lhe acontecesse algo e não houvesse alguém por perto para ajudá-lo. Disse-lhe que se isso acontecesse, ele poderia ter gritado e pedido ajuda, ao que me respondeu: "e se acontecesse algo muito rapidamente ou que eu não me desse conta, o que aconteceria?" A minha insistência neste item ocorreu pelo fato de perceber o paciente titubeante, reticente nas suas respostas.

Segundo o paciente A, a cirurgia "foi uma experiência boa e não ocorreu nada diferente do que eu esperava. Foi tudo bom no CC". Perguntei-lhe o que esperava da cirurgia, e ele respondeu-me que esperava o que aconteceu, e que os companheiros de quarto já o haviam orientado para o evento.

Após o cumprimento ao paciente B, ele deu início à conversação. Estava deitado na maca, com o tórax elevado, risonho e observando tudo a sua volta com interesse e de maneira calma, na minha percepção. Conversando normalmente, relatou não ter dormido bem, devido ao fato de estranhar a cama e de pensar um pouco sobre a cirurgia. Disse que o colchão era muito mole, o que lhe ocasionou dor nas costas, porque já apresenta problemas na coluna. Quanto ao pensar na cirurgia, referiu ser um fato novo, portanto não sabia como era isto, tudo era novidade e que era preciso passar pelo processo para ver como de fato era, e não tinha nenhuma pergunta a me fazer. Quanto à anestesia, os colegas de quarto já o haviam esclarecido. Era só esperar para ver se era como haviam falado. Verbalizou que havia trabalhado toda a vida e que agora, que havia se aposentado, necessitou a cirurgia por apresentar hérnia. O paciente me relatou que "se é necessário operar, é melhor fazê-lo neste momento do que deixar para mais tarde, pois não se sabe quais as condições que se terá no amanhã". Não sentindo necessidade de esclarecimentos e querendo experienciar, para depois analisar, segundo minha percepção, dei por encerrada a interação.

Na visita no pós-operatório, quando cheguei ao quarto, ele estava indo ao banheiro, acompanhado pela esposa. Já se encontrava banhado e escanhoado. Perguntei se preferia ir ao banheiro antes de conversarmos e ele disse que não tinha pressa, que conversaria antes. Perguntei se preferia deitar ou sentar na poltrona e ele respondeu que ficaria de pé, pois havia levantado cedo devido à dor nas costas, e que ficava muito desconfortável na cama e na poltrona. Relatou que durante a cirurgia, pensou que desmaiaria devido a uma dor muito forte na região lombar. E, neste momento de dor, perguntou a alguém - não sabia informar quem era a pessoa - que horas eram, para ter uma idéia do tempo de transcurso da cirurgia, e soube que já

havam passado duas horas. Achou a cirurgia muito demorada. Em relação ao ter sentido dor, e ao tempo da cirurgia ser mais longo do que esperava, referiu que "nem tudo tem que ser perfeito". Referiu também que algumas coisas poderiam ser melhores para o paciente, pois se não houvesse necessidade de ajustes em equipamentos de anestesia e se houvesse todo o material e a sala de operação disponíveis na hora marcada, ele não teria ficado em cama desconfortável por tanto tempo. Esta foi sua conclusão, a partir dos comentários e queixas quanto ao material e a seu funcionamento que ouviu da equipe médica durante o período de transoperatório. O paciente aceitou todas as ocorrências como sendo inevitáveis justificando-as com pesar, porém não as considerando como sendo "falhas" da equipe, mas sim do sistema.

Percebi este paciente na tentativa de sentir a experiência nova, como sendo parte do seu viver, considerando as ocorrências como inerentes à própria situação. Este paciente refletiu sobre o fato de ser cirurgiado, evidenciando conformismo com tudo o que aconteceu. Parece não ter tido coragem de verbalizar a dor sentida e demonstrando constrangimento em relatar o que estava sentindo.

O paciente C já se encontrava na mesa cirúrgica, quando me aproximei. Cumprimentei-o e fui cobrindo-o com o lençol, pois alguém examinou sua hérnia, deixando-o totalmente nu. Estava estirado na mesa, com os olhos bem abertos e olhando para o teto. A mão esquerda fechada com força e fora da mesa, pois a auxiliar do anestesilogista solicitou-lhe fechar a mão para puncionar a veia e não lhe disse para abri-la, após o procedimento. Ao aproximar-me, disse-lhe que podia abrir a mão, e iniciamos um diálogo. Disse-me que sua hérnia era muito grande, mas que "só agora começou a incomodar", por isso procurou recurso. Não procurou recursos antes,

também por apresentar receio de ter que se operar. Quanto à anestesia, os companheiros de quarto já lhe haviam dito como era. O anestesiológico se aproximou para o procedimento anestésico. Eu ajudei o paciente a ficar na posição. Depois ajudei-o a acomodar-se na mesa cirúrgica e saí da SO. Este tempo para o procedimento anestésico não foi computado como tempo de interação.

Na visita de pós-operatório, encontrei o paciente deitado, mas bem disposto. Disse que já havia deambulado por duas vezes e que estava sentindo-se ótimo. Expressou que eu o "ajudei muito", porque ter alguém próximo "alivia o nervosismo". Disse ter-se sentido muito nervoso em dois momentos durante o transoperatório: o primeiro, foi durante a "aula teórica" (o cirurgião-professor de medicina explanou/questionou sobre a técnica da cirurgia com os residentes, estagiários e demais estudantes) antes do início da cirurgia; e o segundo, foi quando ouviu o médico dizer "isto nunca me aconteceu", pois isto o levou a pensar que houvesse algo de anormal nele, que tivesse surpreendido o cirurgião. Ele relaxou quando observou a expressão das pessoas da equipe e não viu nada de assustador ou expressões preocupadas, e que a conversa continuou num tom leve.

Percebi este paciente em total dependência dos outros, e a equipe ignorando-o como um ser dependente. Percebi que a equipe tratou o paciente como um mero objeto a ser submetido a uma intervenção cirúrgica, desconsiderando-o como sujeito dependente, com necessidades de esclarecimentos. Na expressão verbal do paciente e na sua atitude, identifiquei o desconhecimento, o medo e o conformismo.

O paciente D já se encontrava na mesa cirúrgica, quando me aproximei e o

cumprimentei. Respondeu ao cumprimento e deu início a um monólogo sobre "política", que durou os dez minutos do tempo da interação. Falou que os governantes não estavam dando a atenção necessária ao pessoal que trabalha nos hospitais, pois estes realizam tanto pelas pessoas e não têm o reconhecimento através de melhores salários, dentre outros itens dentro do tema política de saúde e remuneração de pessoal, mas iria rezar a Deus, pedindo que haja um novo olhar dos político aos trabalhadores hospitalares. Percebi este paciente muito ansioso, pois falava muito rápido comigo e acompanhava todos os sons e qualquer movimentação com o olhar. Deixei-o falar, pois pareceu-me que, se fosse ansiedade, ele deveria ter o direito de se expressar e eu, de prestar atenção ao que ele estava comunicando. Aos poucos, ele foi diminuindo a rapidez com que iniciou a fala. A equipe cirúrgica se aproximou para o devido preparo e eu me afastei, saindo da SO.

Ao visitá-lo no pós-operatório, no segundo dia, encontrei-o no corredor, tomando as providências para ir para casa. Estas providências consistiam em ligar para os familiares virem buscá-lo, fazer agradecimentos a todos, desde o pessoal da limpeza, do serviço de nutrição e dietética, até a administração do hospital. Disse-me que todas as pessoas do hospital foram ótimas, não teve do que se queixar. Acrescentou que iria rezar para que o próximo governo pagasse melhor ao pessoal que ali trabalhava. Houve muita insistência minha, para obter informações sobre como ele se sentiu pois, ele falava muito, mas, dos outros. Ele deu muitas voltas, até conseguir dizer que sentiu-se nervoso na chegada ao CC. A mim, pareceu que tinha necessidade de se preservar, por isso resistiu em dizer alguma coisa que não fosse perfeita. Verbalizou, porém, que, ao chegar no CC, vendo muitas pessoas, foi se sentindo aliviado e incluiu a mim, de forma bem clara, como uma das presenças.

Viu a equipe como pessoas muito alegres e bem dispostas, e que isto o ajudou. Na minha percepção, o paciente negou o fato de que ia submeter-se a cirurgia até o fim e, como saiu-se bem, no meu entendimento, foi incansável nos elogios a todos, desde o serviço de limpeza à direção do hospital, passando por todos os serviços.

O paciente E, encontrava-se deitado na mesa cirúrgica, quando me aproximei. Eram 14 horas. Ele estava com um dos membros superiores estendido e sem apoio, desde que havia sido feita uma punção venosa. Não soube precisar o tempo. Disse-lhe que podia acomodar-se ao seu gosto. Olhava tudo a sua volta, com vagar. Conversou de maneira calma o tempo todo. Referiu ser uma pessoa tranqüila e que estava se submetendo à cirurgia por insistência da família, pois no momento, apesar de a hérnia sair, não dói e volta quando aperto". Perguntei sobre o que ele sabia sobre a anestesia. Ele respondeu que os companheiros de quarto já haviam dito como era esse tipo de anestesia (parcial), pois a anterior foi do tipo geral e ele não passou bem, sentindo-se tonto por muito tempo após a cirurgia.

Na visita no pós-operatório, encontrei o paciente no leito, com dor abdominal e com aspecto facial de cansaço. Já havia deambulado, mas sentia-se melhor deitado. Expliquei a importância da deambulação. Referiu ter sentido dores nas costas até umas quatro horas da manhã, e que só conseguiu dormir um pouco após este horário até o início da passagem de plantão, quando iniciou a movimentação na unidade. Não chamou ninguém para referir a dor, e ninguém apareceu para verificar. Falou ter problemas na coluna habitualmente. Conversamos sobre hábitos de sono e repouso e de uso de colchões. Disse que desta vez a cirurgia foi muito melhor, porque é mais velho, mais calmo e ficou acordado, "vendo" tudo.

Considerou o atendimento no CC ótimo, por parte de todos, o hospital muito bom, e que não poderia ter sido melhor atendido. No CC, quando soube que a cirurgia já havia iniciado e ele não estava sentindo dor, pensou que estava tudo bem e relaxou. Relatou que deixou recomendações à esposa, caso não voltasse mais, pois poderiam "cortar" o que não deveriam. Nunca teve este pensamento, sobre sua finitude, em outras ocasiões. Pergunto-me e este paciente enfrentou o ter que se operar novamente, com calma ou resignação? Eu não consegui interpretar. Na minha avaliação, considerou os prós e os contras e foi à cirurgia, já que este era o desejo de toda a sua família, o que mostra conformismo e dependência. Este paciente também pareceu-me não ter consciência de seu direito ao cuidado, pois não se atreveu a chamar para pedir ajuda à sua dor. Foi à cirurgia com receio; ficou comparando todas as situações presentes com as anteriores; e relatou que, se soubesse que "seria assim", teria se submetido à cirurgia antes.

As minhas reflexões a cerca da experiência realizada, utilizando o método de interação Pessoa-a-Pessoa, de Travelbee (1979), a que me havia proposto, conduziram-me a algumas ponderações: percebi que alguns dos pacientes sentiam-se constrangidos em verbalizar seus sentimentos de dor, de desconforto e de medo, enquanto se encontravam no CC, e a ausência da enfermeira ou de alguém da equipe parece ser um aspecto percebido pelos pacientes, pois a sua presença os tranquiliza de certa forma, ajudando-os a enfrentar o desconhecido, traduzido pelos receios verbalizados quanto aos riscos ou às complicações anestésico-cirúrgicas. Um aspecto que chamou a atenção foi o fato de **todos** os pacientes terem tido alguma informação sobre o seu transoperatório, fornecido pelos colegas de quarto e não pela equipe de Enfermagem. Observei um evidente conformismo por parte dos pacientes

quanto a todo o contexto, o que demonstra um desconhecimento quanto aos seus direitos em relação ao cuidado.

Ao término do trabalho, utilizando o referencial de Relação Pessoa-a-Pessoa, de Joyce Travelbee (1979), reuni-me com as enfermeiras do CC, onde o havia desenvolvido, para apresentar os meus achados. Pretendia trocar com as mesmas este fazer Enfermagem em CC, mesmo por que elas me acompanharam durante esta fase do projeto. Para mim, era tão importante interagir com os pacientes, quanto comunicar a importância disto às colegas, que recebem vários pacientes nestas condições no seu dia-a-dia de trabalho.

Na análise feita em conjunto, elas concluíram que seria possível "receber" o paciente em sua chegada ao CC, efetivando a interação pessoa-pessoa, para averiguação do que o mesmo está querendo/necessitando, **desde que** (grifo meu) deixassem de realizar outras atividades. No entanto, para isto, seria importante refletir sobre as prioridades das ações de Enfermagem, com a possível redistribuição de atividades na equipe. Concluíram ainda que as enfermeiras assistem/cuidam do paciente de maneira indireta, executando tarefas que não lhes "competem" (ressalva das colegas) a fim de que o paciente seja operado, tendo como prioridade primeira o trabalhar na infra-estrutura (providenciar roupa, chamar o anestesista, dentre outros) ou seja, na função administrativa e na parte organizacional do setor. Verbalizaram também sentimentos de frustração, por não realizarem maior número de atividades pertinentes a elas, tais como um maior contato direto com o paciente, para favorecer a interação. Mencionaram também que consideravam importante refletir sobre as prioridades de suas ações, pois sentiam-se como "quebra-galho" no

trabalho. Como já foi colocado acima, contudo, o que faziam, mesmo como "quebra-galho", foi considerado como cuidar. Elas colocaram seu entendimento de que assistir/cuidar do paciente no CC, dentro de uma visão holística, implicaria em permanecer junto dele por algum tempo, e que isto **não seria possível** (grifo meu), pois este "ficar junto" provavelmente teria como consequência a não realização da cirurgia. Afirmaram, no entanto, que cuidavam do paciente, mesmo que à distância. Num primeiro momento, portanto, elas concordaram que seria importante efetivar a interação com o paciente em sua chegada ao CC, sendo esta uma atividade específica da enfermeira e, para tanto, necessitariam reorganizar o trabalho, para efetivá-lo. Num segundo momento, contudo, elas referiram a impossibilidade de realizar a interação, ou seja, o "cuidado holístico" do paciente. Esta experiência levou-me a uma reflexão sobre o papel da enfermeira em CC e a sua condição de cuidadora.

Pontos que já faziam parte do rol de questionamentos tornaram-se mais agudos. O resultado foi a necessidade de uma busca maior, no sentido de investigar melhor o que acontece com o paciente em seu período de transoperatório, e daí repensar talvez as ações como enfermeiras no contexto de CC, no que se refere ao cuidar.

1.5 - Fundamentando e justificando o cuidado ao paciente no CC

Castellanos (1991), abordando o trabalho do enfermeiro de CC no Brasil na década de 80, escreve que as "macroempresas" têm maior necessidade do enfermeiro como gerente, ou seja, daquele elemento que intermedia a administração entre o

hospital e o trabalhador, muito mais do que um prestador de assistência direta de Enfermagem. Prossegue, afirmando que o exercício profissional do enfermeiro não é uma práxis, pois, se o fosse, agiria de modo a que o agente, a ação e o produto seriam partes intrinsecamente ligadas e independentes. Coloca ainda que as expectativas administrativas, tanto institucionais quanto médicas, do trabalho da Enfermagem, são relativas ao "controle gerencial e burocrático" de toda a unidade do CC e, em raras vezes, são relativas à "coordenação da assistência de enfermagem perioperatória". Desse modo, para alcançar estas expectativas, o trabalho da enfermeira fica sendo de "previsão, provisão e controle de recursos humanos e materiais" muito mais para o pessoal médico e para a instituição, do que para o próprio paciente. Estas são atribuições/tarefas que não se referem a "um saber específico do profissional" (ressalva do autor). Castellanos acrescenta ainda que o não enfrentamento da contradição apresentada, cuidado direto/indireto no trabalho da enfermeira de CC, tem dificultado o "desvelamento" de seu conteúdo real, assim possibilitando-lhe a atribuição de qualquer tipo de atividade, e a cobrança, principalmente, do que não foi feito. Acrescenta, ainda, que a superação desta contradição e da autoridade racional-funcional/substantiva se encaminham para a transformação do trabalho do enfermeiro.

Considerando o exposto por Castellanos, parece oportuno refletir sobre de onde provêm as "normas", as atitudes e os comportamentos esperados ou cobrados da Enfermagem. Parece que a formação acadêmica repassa vários destes valores. Retomando Almeida e Rocha (1989), que escrevem que é o ensino formal de Enfermagem que legitima e reproduz o seu saber, parece caber às escolas uma revisão crítica dos seus currículos e marcos conceituais, para que os mesmos sejam

aderentes à realidade histórica da Enfermagem. Os autores acima mencionados entendem que, mudanças, devem surgir essencialmente ao nível do trabalho prático de todos os agentes da Enfermagem, bem como de outros profissionais, principalmente ao incluir uma abordagem crítica das questões e fatores mais abrangentes, da realidade social, que influenciam na profissão e no seu fazer cotidiano.

Castellanos & Mandelbaum (1985) preconizam que a competência do enfermeiro do CC está ligada diretamente a sua participação no planejamento e organização, fornecendo suporte em termos de determinação de requisitos ideais, em relação à dimensão desta unidade. Consideram primordiais as atividades nas áreas técnicas e expressivas em relação às três zonas de atuação: área específica ou de atuação profissional independente; área de interdependência ou de colaboração; e área social.

Vicentim et al. (1989), por sua vez, ao abordar a função administrativa da Enfermagem, dizem que ela pode ser traduzida pela atuação do enfermeiro no planejamento das ações assistenciais, na avaliação e provisão de recursos necessários à implantação do plano terapêutico de Enfermagem, utilizando no decorrer desses processos, ações de comando, coordenação e controle da equipe de trabalho. Dizem ainda que assistir diretamente, em Enfermagem, compreende dois aspectos: quando o enfermeiro determina e faz a ação; e quando o enfermeiro determina e não faz a ação, delegando-a a outrem. Por outro lado, afirmam que assistir indiretamente é quando o enfermeiro não determina, não faz a ação, mas provê os recursos para realizá-la. Já, Salzano (1986) entende que a responsabilidade do enfermeiro de CC

é coordenar todas as atividades relacionadas com a assistência de Enfermagem aos pacientes submetidos ao ato anestésico/cirúrgico. Cumpre aqui perguntar: Quem cuida, e como se cuida do paciente?

Na minha nova forma de olhar a Enfermagem, encontrei ressonância em Curtin (apud Rhodus, 1984), ao dizer que, cuidar de pessoas em Enfermagem, significa realizar atividades tais como: tocar, ensinar, ouvir, prescrever e administrar procedimentos terapêuticos. Tais atividades prescrevem para a profissão: compromisso, honestidade, empatia, paciência e coragem, e mais fundamentações teóricas e habilidades para estabelecer o processo interativo enfermeiro/paciente. Isto é o cuidado, um elemento tão simples, tão comum e tão óbvio no viver da enfermeira. Porém, o que as enfermeiras têm feito, na realidade, é tão somente a aplicação dos conhecimentos técnico-científicos a pessoas com diagnóstico de doença estabelecida, mesmo que a formação delas apregoe que o seu fazer seja "assistir" o indivíduo como um todo em suas necessidades (Watson, 1988).

A parte espiritual, normalmente é jogada para o padre, ministro ou assemelhado, caso se apresentem no hospital para seu trabalho pastoral; ou então, às capelas que normalmente são construídas nos hospitais, até nos mais modernos, com o objetivo de atender às necessidades de apoio espiritual das pessoas de que o necessitem. No caso do paciente apresentar alguma necessidade de ordem sócio-econômica, a enfermeira o encaminha à assistência social. Desta forma, parece oportuno questionar se as enfermeiras dão-se conta das necessidades emocionais dos pacientes e se, positivo, como se comportam em relação às mesmas? É necessário, portanto, trazer à tona o significado do que é apresentado como o fazer da Enfermagem, ou seja, o que é o

cuidar ou o assistir.

1.6 - Apresentando o processo de Cuidar/Cuidado

O termo Cuidar/Cuidado, em geral, tem sido mais especificamente relacionado a procedimentos ou intervenções realizados nos pacientes. E, tanto no português como no inglês, o termo assistir parece ser utilizado como sinônimo, porém, o termo Cuidar/Cuidado tem conotações um pouco diferentes, principalmente ao considerar-se tanto o verbo como seu substantivo (Patricio, 1992; Waldow, 1992, 1995).

Para Patrício (1992, p. 95), "o cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas ou indiretas) dirigidos ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença (evidentes ou potenciais). Constitui-se em 'necessidade' e 'recurso' do homem". Para Waldow e Neves-Arruda (Waldow, 1995, p.30), o "cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Cuidado é entendido como o fenômeno resultante do processo de cuidar".

Penso que há necessidade de se prestar um cuidado mais humanizado e, segundo uma das suposições básicas do processo de cuidar de Watson (1988), a Enfermagem é uma prática social, moral e científica que contribui para a humanidade e para a sociedade, entendendo o cuidado como um ideal moral. A autora refere, ainda, que Enfermagem é a ciência do cuidar e tem, como meta, ajudar as pessoas a atingirem o

mais alto grau de harmonia entre o espírito, o corpo e a mente, gerando conhecimento de si próprio, respeito próprio, auto-controle e disposição para seu processo de auto-cura, num espaço de tempo que lhe permite seu desenvolvimento/crescimento.

Dentre os pressupostos da teoria de Watson (op. cit.), destaca-se que cuidar pode ser **efetivamente** (grifo meu) demonstrado e praticado somente de forma interpessoal. Nesse sentido, Travelbee (1979), refere que Enfermagem é um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira ajuda um indivíduo a prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e do sofrimento e assim mesmo, se é necessário, contribui para o descobrimento de um sentido para esta experiência. Interpreto estas duas autoras, como vendo na Enfermagem um meio de ajuda entre profissionais enfermeiras e pacientes, no sentido da busca da harmonia, interna e externa, caracterizando a Enfermagem como uma relação interpessoal.

1.7 - Elementos mobilizadores à realização do presente estudo

O interesse pelo tema Cuidar/Cuidado, surgiu tanto da minha prática diária como professora do Curso de Enfermagem, realizando estágios dentro do CC e reforçado pela experiência relatada anteriormente, quanto do compromisso enquanto ser-profissional-enfermeira com o entendimento da Enfermagem como sendo uma prática de saúde, onde se envolvem profissionais, estudantes e pacientes, todos inseridos numa mesma realidade social. Surgiu, também, do entendimento que se faz necessário estabelecer de como devemos aplicar o conhecimento de Enfermagem. Além disso, também compartilho com alguns autores (Travelbee, 1979; King,1981; Leininger,1985;

Watson,1988) que o Cuidar/Cuidado é uma atividade que envolve tanto o ser-cuidado como o ser que cuida e que vai além de um simples procedimento, mas constitui toda uma atividade interativa.

Por sua vez, em pesquisas realizadas sobre problemas sentidos no pré-operatório, pelos pacientes cirúrgicos, foram detectados: o medo do desconhecido, da anestesia, da cirurgia e da morte, sendo que o maior conhecimento sobre a anestesia ou a cirurgia não foi reconhecido como condição para atenuar a ansiedade (Menezes, 1978). O desconforto físico, o medo da morte e da anestesia, e a desatenção dos elementos da equipe cirúrgica também são aspectos apontados como problemas sentidos (Rodrigues, 1984). Ainda segundo Rodrigues (op. cit., p. 165), "quanto melhor o paciente entender a importância de sua cooperação e participação, melhores serão suas condições para superar o estresse da doença e a própria cirurgia e anestesia". Quanto às principais expectativas de cuidados de Enfermagem por parte dos pacientes, levantadas durante seu pré-operatório, foram encontradas: ter diálogo, ser observado, receber carinho e bons cuidados, e ter companhia (Menezes, 1978).

Para amenizar o estresse, enfermeiras em geral julgam antecipadamente o que vai acontecer com o paciente, efetivando orientações pré-operatória pré-estabelecidas, o que necessariamente não o ajudará, pois, como apresentam Castellanos & Mandelbaum (1985), estes feitos não aliviam a tensão. A partir das colocações de outras autoras (Brunner & Suddarth, 1982; Watson, 1988; Ray, 1989; Leininger, 1991), pode-se inferir que a presença, a empatia, a atenção e o apoio são comportamentos que amenizam a situação de tensão/estresse.

Watson (1988) coloca também que a percepção de uma ameaça constitui um acontecimento estressante para a pessoa. Com a ajuda da enfermeira, o paciente ao obter os conhecimentos necessários frente aos seus receios, seus medos e suas preocupações em relação à cirurgia, pode utilizar seus próprios mecanismos de enfrentamento para o evento. Defende esta autora que o cuidado pode ajudar a pessoa a obter o seu auto-controle e se tornar conhecedora e promover mudanças de saúde. Dessa forma, como postulam Travelbee (1979) e Watson (1988), a enfermeira é uma facilitadora e co-partícipe no cuidado humano ao paciente.

Trabalhos já realizados (Souza, 1976; Panza, 1977; Menezes, 1978; Rodrigues, 1979) mostram que a segurança emocional é uma necessidade básica, geralmente afetada no paciente em CC e, que, para poder assisti-lo, a enfermeira necessita favorecer o envolvimento interpessoal. Por outro lado, faz-se necessário centrar a coordenação dos cuidados de Enfermagem nas necessidades que são prioritárias para aquele paciente, naquele momento de sua vida, suas percepções, seus receios, suas preocupações e suas expectativas (grifo de Ferraz, 1978).

Dessa forma, fica-nos o dilema de saber: mas, afinal, quem cuida do paciente no CC, dando-lhe apoio, conversando, tocando-o, ouvindo-o, além de realizar os procedimentos e intervenções técnicas? Se a função da enfermeira, conforme alguns estudos (Panza, 1977; Ferraz, 1978; Salzano, 1986; Jouclas, 1987; Neves & Avelar, 1991), neste setor, é a de coordenação, e se o "contato", ou seja, o "cuidado direto", conforme depoimento das próprias enfermeiras, resulta em uma atividade que prejudicaria e até impediria a realização de outras atividades até mesmo a realização da cirurgia, a quem cabe o cuidado? Seria isto uma prioridade? Na perspectiva de

quem? A quem é destinado o cuidado? Quem, ou o que é o foco de atenção, de cuidado por parte das enfermeiras do CC? Como o paciente sente-se em relação ao seu cuidado e à sua experiência em seu transoperatório? E como ele percebe isso tudo?

Segundo alguns estudos (Boyle, 1981; Brown, 1986), as enfermeiras determinam as ações de Enfermagem na forma como idealizam ou pensam ser o melhor para a clientela. Aqui, parece oportuno questionar se, para a clientela ou para o Serviço? Algumas autoras (Riemen, 1986; Ray, 1989) identificaram que, nem sempre o que é percebido como o ideal pelas enfermeiras, é o mesmo para a clientela, daí a necessidade de se verificar como esta última entende e gostaria de ser cuidada.

Esta visão da Enfermagem, centrada no Cuidar/Cuidado do paciente em seu transoperatório e vendo-o de uma forma holística, fez emergir a necessidade de buscar como o mesmo deveria ser realizado, junto a quem o receberá. Saber como o paciente (ser-cuidado ou que deveria) percebe o cuidado, possibilitará orientar o processo de como realizar o trabalho (Cuidar/Cuidado) de Enfermagem, atendendo às suas necessidades .

Considerando que há dúvidas quanto às percepções de Cuidar e o Cuidado em geral, tanto por parte da Enfermagem quanto por parte dos pacientes e, principalmente, considerando os poucos estudos existentes a respeito, no contexto de CC, julgo importante buscar elementos que permitam aprofundar o conhecimento sobre o Cuidar/Cuidado de Enfermagem em CC. Desta forma, proponho-me, neste estudo, verificar como os pacientes percebem o cuidado no seu período de transoperatório e para isto estabeleci como **OBJETIVO:**

- DESCREVER O QUE É PERCEBIDO COMO CUIDADO PELOS SERES-CUIDADOS NO SEU PERÍODO DE TRANSOPERATÓRIO.

2 - PERSPECTIVAS EPISTEMOLÓGICAS DO CUIDAR/CUIDADO COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Após uma ampla revisão da literatura no que tange ao Cuidar/Cuidado, inspirei-me na classificação feita por Morse et. al. (1990) nos estudos realizados sobre o tema, com o acréscimo de estudos posteriores a esta data, que se enquadram nas mesmas perspectivas epistemológicas identificadas pelas autoras. Estes estudos estão classificados, portanto, nas seguintes perspectivas epistemológicas: como imperativo moral ou ideal (Watson, 1988); como um sentimento (Bevis, 1981; Boyle, 1981); como um relacionamento interpessoal enfermeira/cliente (Travelbee, 1979; Riemen, 1986; Mayeroff e Halldórsdóttir, apud Waldow 1992; Wells, 1993); como intervenção terapêutica (Brown, 1986; Gaut, citada por Brown, 1986) e como uma característica humana (Leininger, 1985; Ray, 1989; Roach, apud Waldow, 1995).

Utilizei-me destas perspectivas epistemológicas, por pensar a Enfermagem como um trabalho com uma filosofia própria, que direciona seu desenvolvimento e seu saber. Dentro desta filosofia estão internalizados e externalizados os sentimentos e as emoções dos cuidadores e dos seres cuidados neste processo/trabalho. Entendo que o fazer Enfermagem, ou seja, o realizar o Cuidar/Cuidado, é válido quando há o crescimento de ambas as partes, do ser-cuidado e do ser-cuidador, pois é neste fazer que se apresentam os aspectos de relacionamento inter-pessoal, trazendo junto os sentimentos de dedicação ao outro, de interesse pelo outro e os comportamentos de preocupação com o outro, bem

como a possibilidade da auto-realização. Enfim, há a possibilidade de eu (enfermeira) sendo com o outro (paciente) descobrir e criar o significado da vida, tanto da vida pessoal quanto da vida profissional. Sendo a enfermeira e o paciente seres humanos, apresentam características e necessidades inerentes à espécie, tais como, a de sobrevivência, a de sentir-se amado e aceito, e a de sentir-se em harmonia consigo próprio, com os outros e com a natureza. Portanto, para compreender e fundamentar a análise sobre como os seres-cuidados sentem-se cuidados pelos seres-cuidadores, necessito da abrangência de todas estas perspectivas epistemológicas, pois a interligação das mesmas projeta o meu entendimento de Cuidar/Cuidado, este sendo considerado como a essência da Enfermagem.

O meu entendimento sobre o Cuidar/Cuidado fica sendo o mesmo da definição elaborada por Waldow e Neves-Arruda (Waldow, 1995), ou seja, cuidar significa comportamentos e ações empreendidos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, e cuidado é a resultante desse processo.

2.1 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como imperativo moral ou ideal

Na perspectiva do Cuidar/Cuidado como imperativo moral ou ideal, a Enfermagem tem como base a preservação da dignidade do paciente. Aqui, temos como representante a teórica Jean Watson (1988), que enfoca o Cuidar/Cuidado numa perspectiva espiritual, existencial e fenomenológica, e que inclui os aspectos de sentimentos e emoções. Esta estudiosa aprofunda, mais do que outras, os aspectos

de relacionamento interpessoal, quando traz à tona a dimensão espiritual, o que não é identificado em outros estudos. Watson (op.cit.) considera que a harmonia entre as três esferas da pessoa (corpo, mente e alma) é a forma mais elevada de saúde e que, ajudar o outro a atingir esta harmonia é o objetivo do cuidado de Enfermagem. O cuidado de Enfermagem pode ser/é, físico, processual, científico, profissional, ético, estético, criativo, objetivo e real. As respostas de cuidado humano das enfermeiras -as transações de cuidado humano- e a presença das mesmas na relação transcendem o mundo físico e material, presos no tempo e no espaço, e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, como o caminho para o "eu interior". E para que isto ocorra, há a necessidade da disposição do querer da enfermeira em pensar sobre o significado do seu trabalho, o significado do seu "ser-aí-no-mundo" e sobre como está sua harmonia pessoal, para que, desta forma, consiga estar receptiva ao outro (paciente) e possa favorecer a troca entre ambos, levando a um crescimento pessoal e profissional para a enfermeira e ao alívio do estresse e ao crescimento pessoal para o paciente. Para Watson, o cuidar é um termo pertencente à Enfermagem, e representa todos os fatores que a enfermeira utiliza para proporcionar saúde a seu paciente. Esta autora identifica dez fatores de cuidado, que são: formação de sistemas de valores humanístico-altruísticos; instilação de fé e de esperança; cultivo de sensibilidade para o nosso eu e o dos outros; desenvolvimento de um relacionamento de ajuda-confiança, através da empatia, congruência, calidez e comunicação efetiva; promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos; emprego sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisões; promoção de ensino e aprendizagem interpessoal; oferecimento de ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda mental, físico, social e espiritual; assistência das necessidades humanas; e a admissão de força existencial, fenomenológica e espiritual (Watson, 1988).

2.2 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como sentimento

As autoras que definem o Cuidar/Cuidado como sentimento enfatizam que o mesmo apresenta-se como o envolvimento emocional, ou seja, há o significado da empatia para com a experiência do paciente. Para Bevis (1981, p. 3), "cuidar é um sentimento de dedicação a outro, ao extremo de motivar e energizar ação para influenciar a vida construtiva e positivamente através de um aumento da intimidade e auto-realização mútua". Aqui, observa-se a ligação direta do sentimento na interação interpessoal que leva o paciente a uma experiência subjetiva e que amor, ódio, medo, felicidade, raiva, prazer ou qualquer outra emoção humana podem receber os efeitos produtores de crescimento, geradores de energia, motivadores e consistentemente positivos do cuidar. O cuidar é como uma força de vida, uma motivação, uma energia, um impulso e uma vontade. É uma força que compele à ação. Cuidar é um processo e uma forma de arte - uma arte é uma disciplina com aspectos teóricos, filosóficos e práticos (Bevis, op. cit.). Para Boyle (1981), cuidado é conceituado como um sentimento de interesse pelo outro, que requer, como qualidades essenciais para a promoção do fenômeno, a autenticidade, a aceitação e a empatia.

2.3 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como relacionamento interpessoal

O Cuidar/Cuidado, considerado na perspectiva do relacionamento interpessoal, compreende a interação entre a enfermeira e o paciente. É através dela que o Cuidar/Cuidado se expressa e se define. O mesmo abrange o sentimento e o comportamento que ocorre dentro desta relação, por exemplo, a relação (sentimento)

do cuidar, e seu conteúdo (comportamento) incluem aspectos tais como, preocupar-se com e ensinar sobre (Gardner & Wheeler, 1981).

Travelbee (1979) refere que a Enfermagem é um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira ajuda um indivíduo a enfrentar a experiência da enfermidade e do sofrimento e, se necessário, auxilia-o no descobrimento de um sentido para esta sua experiência. Daí, conclui que, segundo esta idéia, a experiência de *ser operado* é uma experiência que pode tornar-se significativa, necessitando porém da disponibilidade entre os integrantes - paciente, enfermeira, médico e outros - nela envolvidos, para colocarem e compreenderem suas crenças, seus valores, seus medos e suas expectativas, para que as mesmas sejam clarificadas, compreendidas e aceitas.

Wells (1993) propõe um modelo de Cuidar/Cuidado através de uma administração compartilhada, que é um processo de equilíbrio do poder, onde há reciprocidade por meio da comunicação e das relações interpessoais. Waldow (1992) escreve que o Cuidar/Cuidado não deve ser privilégio da relação enfermeira-paciente, mas que o mesmo deve estar presente também nas relações inter e intra-institucionais e que as enfermeiras devem valorizar e praticar o Cuidar/Cuidado entre si.

Mayeroff (apud Ray, 1981) diz que ajudar outra pessoa a crescer é, pelo menos, ajudá-la a cuidar de alguma coisa ou de alguém além de si própria, bem como, é ajudá-la a cuidar de si mesma que, respondendo à sua necessidade de cuidar-se, se responsabilize pela própria vida. Desse modo, o Cuidar/Cuidado

possibilita a auto-realização, e é através dele que seres humanos vivem o significado de sua própria vida.

Halldórsdóttir (apud Waldow, 1995) descreve cinco modos de ser com o outro, e que incluem comportamentos de cuidar e não-cuidar, os quais influenciam de forma importante a experiência de ser cuidado por outra pessoa, a enfermeira. São os modos: vida-destruição ou biocídio; vida-repressão ou bioestático; vida-neutralização ou biopassivo; vida-sustentação ou bioativo; e vida-doação ou biogênico.

Riemen (1986) escreve que o cuidado é efetivado quando o ser humano sente-se cuidado de uma forma humanizada, tal como com sorrisos e sendo ouvido. Relata em sua pesquisa que os pacientes não percebem as técnicas realizadas, como fazendo parte do seu cuidado, mas percebem o não-cuidado como ser deixado desconfortável, sentir-se desvalorizado, não ser ouvido, não obter respostas às suas perguntas e ser tratado como objeto/coisa.

2.4 - A perspectiva do Cuidado como intervenção terapêutica

Na perspectiva do Cuidado como intervenção terapêutica, a ênfase é colocada na habilidade e no conhecimento das ações de Cuidar/Cuidado, bem como na congruência entre as ações da enfermeira e as necessidades percebidas pelo paciente. Nesta perspectiva, são descritas as condições necessárias para as ações do Cuidar/Cuidado, que podem ser exemplificadas por "ouvir o paciente com

atenção" e " ensinar o paciente", enfim, " estar com o outro (paciente)" , defender os interesses do paciente e ter competência técnica.

Brown (1986), utilizando-se da classificação de Watson et al. para as ações de Enfermagem, concluiu em sua pesquisa feita entre enfermeiros, pacientes e familiares que as enfermeiras identificaram os comportamentos expressivos (como por ex. ouvir) como indicadores de cuidado mais frequentemente do que os pacientes; os pacientes identificaram os comportamentos instrumentais (procedimentos técnicos) como indicadores de cuidado, mais frequentemente do que as enfermeiras; e, pacientes, familiares e enfermeiras concordam que as duas áreas são importantes para o cuidado. Esta autora, diz ainda, que o cuidado autêntico exercido pelas enfermeiras administradoras é expresso em parte através da estimulação do poder individual de cada um dentro da organização, e ele consiste em dar liberdade. Neste sentido, as idéias são compartilhadas, as sugestões são ouvidas e as decisões são tomadas em conjunto, procurando atender as necessidades diversas.

Gaut citada por Brown (1986), identifica três componentes no conceito de cuidar, ou seja, a disposição ou o sentimento do cuidador; a determinação da atividade correta do cuidador em favor do outro e, a combinação dos sentimentos e da atividade correta para o bem-estar do outro.

Boemer (1984), apregoa que se deve identificar, descrever e pesquisar os fatores centrais humanístico-científicos que são essenciais para as mudanças de saúde positivas, ou seja, aqueles fatores que ficam entre a ciência e a

humanidade. Então, tem que haver um equilíbrio entre conhecimento científico e prática de comportamento humanístico. Essa combinação delinea a essência do "caring", ou seja, do cuidar.

Radsma (1994) apresenta alguns questionamentos e permutas relacionados ao conceito de cuidar em Enfermagem, e os apresenta como um dilema, com algumas contribuições para seu esclarecimento, tais como: se a palavra "cuidado" implica conhecimento e competência, como distingui-lo das outras práticas? Refere que é um trabalho desvalorizado, pois o "status" é ganho através do curar e não do cuidar, conseqüentemente, a Enfermagem copia o modelo biomédico.

2.5 - A perspectiva do Cuidar/Cuidado como uma característica humana

Na perspectiva do Cuidar/Cuidado como uma característica humana, este é percebido como sendo inato ao ser humano, pois é essencial para sua sobrevivência. Para Roach (apud Waldow 1995), ainda que todo ser humano tem o potencial para o Cuidar/Cuidado, nem todos têm a habilidade para tal, então, através da Enfermagem desenvolve este conhecimento e habilidade. E diz (op. cit. p.17) "a enfermagem não é nem mais nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem". A autora categorizou Cuidar/Cuidado em cinco "cês": compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

Leininger (1991, p.47) apresenta seu estudo, enfocando o Cuidar/Cuidado dentro

de uma cultura, que é o conjunto dos "valores, crenças, normas e práticas de estilo de vida aprendido, partilhados e transmitidos, de um grupo particular que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada". Definiu cuidado profissional de Enfermagem como aquelas modalidades humanísticas e científicas, aprendidas cognitivamente, de ajudar ou capacitar um indivíduo, família ou comunidade a receber serviços personalizados através de modalidades específicas, culturalmente definidas ou prescritas de processos, técnicas e padrões de cuidar, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para vida ou para a morte.

Ray (1989) escreve que o "cuidado" é um conceito humanístico. Seu trabalho sobre a *Teoria do Cuidado Burocrático para a Prática da Enfermagem na Cultura Organizacional*, busca investigar o significado do cuidado. No estudo, as enfermeiras de CC, caracterizam-se por serem as advogadas do paciente, valorizarem o trabalhar em conjunto e terem competência técnica. Obteve como conclusão, em seu estudo, que a teoria do cuidado burocrático no hospital era um processo social dinâmico, de onde emergiram, como resultado, diversos valores, crenças e comportamentos sobre o Cuidar/Cuidado. Verificou que o cuidado burocrático, apresenta os aspectos da concorrência entre as forças educacional, social, humanística, religiosa/espiritual e ética, bem como as forças política, econômica, legal e tecnológica dentro da cultura organizacional, as quais são influenciadas pelas forças sociais da cultura americana dominante, e que, a cultura organizacional, que apresenta o cuidado humanístico e burocrático, tem implicações que vão para além da profissão da Enfermagem.

2.6 - O Cuidar/Cuidado e a Relação Pessoa-Pessoa

O Referencial Cuidar/Cuidado, segundo classificação de Morse et al. (1990), que considera as características humanas, os relacionamentos interpessoais, os sentimentos, os ideais e as intervenções terapêuticas, não se refere somente ao dueto enfermeira-paciente, mas sim, de um modo geral, a pessoa-pessoa. Então, os aspectos do Cuidar/Cuidado devem ser considerados também na relação enfermeira-enfermeira, encontrando-se estas num mesmo nível hierárquico dentro da instituição de trabalho ou não, pois o objetivo de todas as enfermeiras é o de realizar uma Enfermagem dentro dos ideais próprios da profissão e dentro das expectativas do ser-cuidado. O Cuidar/Cuidado deve, por sua vez, ser praticado entre as enfermeiras e as demais categorias, e entre as próprias categorias da Enfermagem.

Ressalto, aqui, que sou uma enfermeira sentindo a necessidade de estudar o Cuidar/Cuidado, na percepção do ser-cuidado, para que, desta forma, consiga analisar e compreender como deve ser o fazer Enfermagem no CC dentro deste Referencial, pois, no meu entendimento, o Cuidar/Cuidado de Enfermagem no CC deve ser:

-- de cuidado direto do cuidador ao ser-cuidado em sua chegada ao setor, com a promoção da inter-relação, como suporte de ajuda para o enfrentamento dessa situação de crise;

-- prestado ao ser-cuidado, sendo o mesmo visto, sentido e percebido em sua totalidade (holismo), isto é, como corpo, mente e espírito;

-- prestado pelo ser-cuidador com sua presença, seu estar-junto com o ser-cuidado em todos os momentos, enquanto o mesmo estiver no CC;

--(de)monstrado através do conhecimento técnico-científico-profissional- ético-estético - criativo e personalizado, pois a base do conhecimento é igual, mas a forma de aplicá-lo é diferenciado, uma vez que cada ser humano é único;

-- estabelecido através da sensibilidade do ser-cuidador para a troca de energias com o ser-cuidado, com isto havendo a possibilidade do crescimento e da auto-realização mútua;

-- prestado pelo ser-cuidador (enfermeira) como parte do processo de conquista da autonomia da Enfermagem enquanto processo de trabalho específico.

3 - METODOLOGIA DA PESQUISA

Trata-se, neste trabalho de dissertação, de um estudo exploratório de caráter quali-quantitativo sobre o tema "**como o ser-cuidado percebe o cuidado no seu período de transoperatório**", dentro do Referencial do Cuidar/Cuidado. O estudo consta da percepção do paciente sobre o cuidado que recebeu desde o momento em que foi recebido no CC até o momento em que foi liberado para a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). O método qualitativo foi utilizado para compreender o conteúdo das entrevistas. O método quantitativo foi escolhido devido à utilização da escala analógica para a mensuração da percepção do paciente, estando em momento posterior (retrospectiva) ao experienciado, ou seja, no seu segundo dia de pós-operatório, em relação ao cuidado que recebeu.

3.1 - População

A amostra deste estudo foi aleatória. Constituiu-se de doze (12) pacientes, independentemente de terem tido experiência anterior com cirurgia, admitidos em unidade cirúrgica de um hospital universitário de médio porte, em uma cidade do interior, no sul do país. Os pacientes foram adultos, masculinos e femininos, internados no período de dez/95 a março de 96. Como critérios para compor a amostra, os pacientes deveriam estar em condições de verbalizar seus sentimentos, emoções e necessidades, não estarem experienciando dor ou qualquer outro

desconforto, bem como não se encontrarem sob efeito de narcótico ou situação que os impedissem de ser informantes confiáveis.

O acesso a esta amostra foi obtido por encaminhamento à Coordenação do Serviço de Enfermagem do Hospital Universitário, de um ofício contendo os objetivos e a importância da realização deste trabalho. Às enfermeiras responsáveis pela unidade de internação, foi feita uma explanação verbal do conteúdo do referido ofício.

A amostra contou com quatro (04) pacientes com idade entre vinte (20) e trinta (30) anos; dois (02) pacientes com idade entre trinta e um (31) e quarenta (40) anos; três (03) pacientes com idade entre quarenta e um (41) e cinquenta (50) anos; um (01) paciente com cinquenta e sete (57) anos; e dois (02) pacientes com setenta e oito (78) anos. Onze (11) pacientes eram do sexo feminino e um (01) do sexo masculino. Em relação à atividade que exerciam, sete (07) eram do lar; duas (02) comerciárias; uma (01) de serviços gerais; uma (01) aposentada; e um (01) segurança. Quanto ao grau de instrução, uma (01) paciente era analfabeta; duas (02) pacientes estavam realizando o 2º grau; e nove (09) pacientes tinham o 1º grau, incluindo-se nesse grupo todos que sabiam ler e escrever.

3.2 - Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados, utilizei-me de um instrumento (Anexo 1), que consta de duas partes, uma de identificação, com o código do paciente, idade, tipo de

cirurgia, tipo de anestesia, agentes anestésicos, e outra, com uma escala analógica para a mensuração da percepção do paciente em relação ao cuidado recebido, junto com questões abertas sobre o mesmo tema. Este Instrumento foi uma replicação do utilizado no estudo de Neves-Arruda et al. (1995), pesquisadores do Programa Integrado de Pesquisa do Cuidando e Confortando, e foi escolhido em função de compatibilizar com o Referencial Teórico do Cuidar/Cuidado, utilizado nesta pesquisa. Para relacionar aos achados, foram resgatadas as cinco categorias epistemológicas de Morse et al. (1990).

As questões do instrumento relacionadas a estas categorias: Cuidado como imperativo moral ou ideal, Cuidado como sentimento, Cuidado como relacionamento interpessoal, Cuidado como intervenção terapêutica e Cuidado como característica humana, constituíram-se daquelas que forneciam as percepções sobre o cuidado recebido no CC, que eram as questões: de nº 2 - O que fez você se sentir desta maneira?; de nº 5 - Quem cuidou de você no CC?; de nº 6 - Você se lembra de uma situação no C.C, na qual você sentiu-se bem cuidado?; de nº 7 - Você se lembra de uma situação no CC, na qual você sentiu que não foi bem cuidado?

As questões de nº 3 e 4 não foram respondidas, pois todos os doze (12) pacientes atribuíram nota dez (10) à questão nº 1, sendo que esta representaria como estavam se sentindo em relação ao cuidado recebido no CC, no momento. Como as questões citadas de nº 3 e 4 referem-se à questão nº1 e tendo esta recebido valor dez (10), aquelas foram automaticamente anuladas, ou seja, não respondidas.

Com este instrumento, busquei respostas à questão levantada a partir do objetivo

deste estudo, ou seja, "**como o ser-cuidado sente-se cuidado em seu período de transoperatório**".

3.3 - O método de coleta de dados e os aspectos éticos envolvidos

Os dados (entrevista) foram coletados pessoalmente e, num primeiro momento, eu mesma explicava ao entrevistado (ser-cuidado) o objetivo deste estudo e a importância de sua participação para que o mesmo tivesse significado. Procurei assegurar-lhe que a entrevista era sigilosa e de que ele não seria identificado. Desta forma, a identificação das entrevistas por pacientes foi feita atribuindo-lhe uma letra do alfabeto. Também coloquei a possibilidade de sua desistência da participação no estudo, a qualquer momento, caso o desejasse. Além disto, solicitei o consentimento verbal ou por escrito para a participação no estudo, especificando se existia concordância para que fossem feitas gravações durante a entrevista (Anexo 2).

O entrevistado foi respeitado, tendo sido aqui considerados o vocabulário ao nível de seu entendimento, um lugar onde tivesse condições para sentir-se à vontade e confortável, no próprio quarto para alguns e na sala de reuniões da unidade para outros, conforme sua escolha, e em um horário que não interferisse nas suas atividades de receber visita e refeições, dentre outras. O lugar de escolha para a entrevista atendeu ao máximo de privacidade e longe de barulho ou interrupções.

Procurei desenvolver a capacidade de ouvir atentamente o entrevistado e observei todas as suas formas de expressões, dando-lhe a perceber o quanto era importante sua

contribuição, tentando deixá-lo à vontade para que se expressasse livremente, num tempo que variou de trinta a quarenta e cinco minutos.

3.4 - Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em dezembro de 1995, com dois pacientes, para a testagem do instrumento, em relação às questões propostas como guia do estudo e em relação à minha habilidade de colocar o entrevistado à vontade para que se expressasse livremente, após receber informações sobre a importância e o significado do mesmo. A partir dos dados obtidos, foi feito um procedimento de análise de conteúdo categorial com o material, para avaliar se o mesmo seria apropriado à análise e interpretação de dados e aos propósitos do estudo, e como o foi, mantive o instrumento em sua íntegra, bem como acabei utilizando estas duas entrevistas na análise.

3.5 - O método de análise e interpretação dos dados das questões abertas

A análise das respostas às questões foi realizada pela utilização do método de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977, p.42), análise de conteúdo é "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que se aplica ao estudo de diversos tipos de mensagens. Este

método é constituído de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Bardin (1977, p.9) diz que "na análise qualitativa considera a presença ou a ausência de uma determinada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem". Diz também que, "enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de 'desocultação', responde a esta atitude de voyeur de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico".

Segundo Bardin (1977), para classificar os elementos em categorias, é preciso identificar o que eles têm em comum, pois isto é o que permite o seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado análise categorial. A técnica da análise de conteúdo utilizada, portanto, foi a da análise categorial (Anexo 3), que consiste no desmembramento do texto (I - entrevistas realizadas) em unidades (II - identificação das unidades de registro), para após serem reagrupadas em categorias (III - iniciais, IV - intermediárias, e V - finais).

Na pré-análise, que é a fase da organização propriamente dita de todo material disponível, foi realizada a leitura flutuante da transcrição das entrevistas (I - Anexo 3) e a elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação (II - Anexo 3), de questão por questão. Por exemplo, questões 1, 2, 5, 6 e 7 da entrevista com a paciente

A, e assim sucessivamente em cada uma destas doze entrevistas.

Durante a exploração do material, os dados foram codificados a partir de unidades de registro. A unidade de registro foi o tema, pois, segundo Bardin (1977, p.106) "as respostas a questões abertas podem ser, e são freqüentemente, analisadas tendo o tema por base". O tema foi a unidade de significação que se libertou naturalmente do texto analisado, inspirando-se no Referencial Teórico do Cuidar/Cuidado deste estudo e que serviu de guia à leitura. Cada unidade de registro foi identificada por uma letra, correspondente ao ser-cuidado, e um número, correspondente à questão da entrevista semi-estruturada.

Na etapa de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, foi realizada a sua categorização. A categorização consistiu na classificação de elementos -unidades de registros- por semelhança e por diferenciação e, a seguir, reagrupamento em função de características comuns destes mesmos elementos em: categorias iniciais-III; categorias intermediárias-IV; e categorias finais-V (Anexo3).

A partir das categorias obtidas, foi feita a inferência, que consiste em interpretar os resultados dentro dos pressupostos teóricos que fundamentam o estudo, ou seja, o Cuidar/Cuidado. Estas categorias encontradas foram, portanto, denominadas categorias intermediárias e após, foram reagrupadas dentro das categorias que compõem a classificação epistemológica de Morse et al. (1990) sobre o Cuidar/Cuidado, que é o Referencial Teórico do presente estudo, compondo as categorias finais. O processo de categorização por indicadores e suas respectivas unidades de registro foi submetido à apreciação de duas enfermeiras pesquisadoras. Estas, após analisarem as categorias,

ofereceram sugestões as quais foram discutidas e, em consequência, algumas alterações foram realizadas. Finalmente, estas categorias foram analisadas pela orientadora do presente estudo, que também fez alguns comentários e sugestões.

3.5.1 - Apresentando as categorias intermediárias

As categorias iniciais foram reagrupadas em 14 (quatorze) categorias intermediárias. Para melhor elucidá-las, serão apresentadas juntamente com sua caracterização, fragmentos de entrevistas considerados adequados à sua ilustração.

Atenção - Situações onde aparece a expressão de recebimento de respeito e deferência:

"(...) SÃO MUITO ATENCIOSOS (...) COM A GENTE. NÃO TÊM DIFICULDADE ALGUMA EM ATENDER A GENTE QUANDO SE PEDE ALGUMA COISA". (J)

Carinho - Há referência a desvelo, cuidado, meiguice, havendo, portanto, a percepção de carinho pelos seres-cuidados, como por exemplo no depoimento abaixo:

"OLHA, AQUI, MELHOR TRATAMENTO É IMPOSSÍVEL. ELES TRATAM A GENTE COMO SE FOSSE DA FAMÍLIA DELES". (F)

Conforto - No depoimento abaixo, apresenta-se a situação onde a paciente faz referência à dor e a medidas tomadas para o alívio da mesma. A paciente se sente

confortada com a demonstração da presença, da preocupação com o seu bem-estar. Nos demais depoimentos desta categoria, foi percebido o consolo numa situação de aflição:

"AH. FOI NUMA HORA QUE EU TAVA ASSIM SENTINDO DOR. EU SENTI UM POUCO DE DOR E ELES TENTARAM ME ACALMAR, DIZENDO COISAS: 'TE ACALMA QUE VAI SER LIGEIRO' ". (O)

Esperança e fé - No depoimento a seguir, apresenta-se o sentimento de fé e de esperança muito forte, uma crença em um Ser Supremo, bem como na equipe e em si mesma. Há uma referência clara ao ato de esperar o que deseja, que é sair com vida do seu transoperatório.

"EU SENTI ASSIM QUE IA ... , QUE ESTAVA COM DEUS, QUE EU TAVA COM ELES, QUE EU IA CONSEGUIR, QUE ESTAVAM LUTANDO PELA VIDA DA GENTE E A GENTE TAVA FORCEJANDO PRA TAMBÉM FAZEREM ISSO". (A)

Facilitação - A seguir, há um depoimento que referencia a presença, carinho, ajuda, preocupação, atendimento de necessidade (de manter sua temperatura corporal), conforto, ou seja, a facilitação, que é o ato de remover as dificuldades. A paciente expressa isto, citando aspectos que, no conjunto, dá este significado:

"FUI BEM TRATADA MESMO, POR ELES. TODOS ESTAVAM NA MINHA VOLTA ALI, ME TRATARAM COM CARINHO. MELHOR TRATAMENTO É IMPOSSÍVEL. ME TRATARAM BEM MESMO. O ANESTESISTA TAMBÉM, MUITO LEGAL. ME BOTOU NA MESA, FICOU ALI, ME ARRUMANDO. NÃO TENHO QUEIXA NENHUMA. ME DEIXARAM ALI FORA, BUSCARAM UMA COBERTA, ME BOTARAM POR CIMA. ME TRATARAM MUITO BEM". (I)

Presença - A presença manifestou-se de diferentes formas, em expressões tais como: todas as pessoas foram ótimas, senti o médico com ela, havia muita gente a sua volta, não foi deixada sozinha, encontrou pessoa conhecida. E, para ilustrar esta categoria, temos o depoimento:

"O M, A M, NÃO LEMBRO O NOME, MAS ACHO QUE É A F., UMA LOIRINHA DE CABELINHO COMPRIDO, EH! TINHA MUITA GENTE NA MINHA VOLTA. TODOS FORAM EXCEPCIONAIS, TODOS, TODOS, MAS NÃO LEMBRO O NOME DE TODOS. ERA BASTANTE GENTE". (E)

Proteção e ajuda - O depoimento abaixo mostra situação de auxílio, amparo, de proteção e ajuda, portanto, bem como indicadores de tranquilidade, carinho e presença:

" (...) A GENTE JÁ TÁ NERVOSA COM O QUE TÁ ACONTECENDO E SE A GENTE NÃO SE SENTIR SEGURA (...). ELES CONVERSARAM, ME ACALMARAM COM AS COISAS QUE ELES DIZIAM, OS GESTOS DE CARINHO, TUDO ISSO, NÉ?". (O)

Preocupação - A situação a seguir, exemplifica a preocupação percebida pela paciente, no sentido de que a deixaram relaxada, distraída de uma situação de estresse, que é "ver" o que está ocorrendo. Nesta categoria, os pacientes expressaram situações onde se sentiram zelados e tendo atenção:

"(...) É COMO EU JÁ ESTOU LHE RESPONDENDO. TUDO QUE A GENTE RECEBEU ALI FOI ESPECIAL. FOI TÃO ESPECIAL QUE, POR EXEMPLO, NA HORA QUE FUI ANESTESIADA, NEM SENTI. QUANDO ME ACORDEI, JÁ ESTAVA PRA VIR PRO QUARTO". (L)

Segurança - Abaixo, consta a expressão da paciente como resposta à questão: houve uma situação de não-cuidado? A referência à condição daquele ou daquilo em que se pode confiar, me pareceu clara. A segurança, portanto, foi sentida pela paciente, e sua necessidade maior, naquele momento, foi atendida tanto pela presença como pelo conforto e preocupação

"NÃO. PORQUE EU TAVA APAVORADA E ELES CONVERSARAM COMIGO".
(N)

Satisfação de necessidades - A satisfação de necessidades foi considerada sempre que houve referência à situação de exigência biológica ou mental pela paciente, como nos mostra o depoimento a seguir:

"(...) ME DEIXARAM ALI FORA, BUSCARAM UMA COBERTA, ME BOTARAM POR CIMA. ME TRATARAM MUITO BEM". (I)

Tranqüilidade - Sempre que o paciente fez referência à situação de paz de espírito, serenidade e calma, a situação foi categorizada como tranqüilidade, e para ilustrá-la, há o seguinte depoimento :

"ELES TRANSMITEM CALMARIA, EU ACHO. ELES DIZEM BOBAGENS ... PROCURAM, NÉ, DISTRAIR A GENTE. PORQUE A GENTE VAI UMA FILHA MESMO. É ISSO AÍ MESMO". (Q)

Tecnologia - Houve, como nos mostra o depoimento a seguir, uma referência à tecnologia, sendo esta considerada um equipamento de ajuda no controle das funções gerais do paciente:

"(...) UMA COISA QUE EU ACHEI IMPORANTE ALI, É ELES TEREM O CUIDADO COM O APARELHO, NÉ? DA GENTE, É O DE MEDIR A PRESSÃO, DO CORAÇÃO (...)" (B)

Ausência e desatenção - Apresentou-se uma situação, onde a paciente referiu ter ficado sozinha (ausência) e achava que nem tivesse sido uma falta de atenção (desatenção). As situações de desatenção foram consideradas aquelas onde os pacientes referiram não terem sido ouvidos, terem ouvido comentários negativos e terem tido falta de consideração para com sua condição de ser-sendo-operado. Como exemplo desta categoria, temos o depoimento abaixo:

"NÃO É QUE NÃO TENHA GOSTADO. ACHO QUE NEM FOI UMA FALTA DE ATENÇÃO. EU É QUE TENHO MEDO DE FICAR SOZINHA, E A UNIDADE NÃO TINHA MACA PARA VIR ME BUSCAR E EU FIQUEI SOZINHA NO CORREDOR, SÓ ISSO". (B)

3.5.2 - Apresentando as categorias finais

As categorias intermediárias foram mais uma vez reagrupadas, dando origem às categorias finais, para propiciar uma síntese mais globalizada e uma análise mais aprofundada dos achados. Optei por resgatar as cinco categorias epistemológicas de Morse et al. (1990), utilizadas como Referencial Teórico nesta pesquisa para relacionar aos achados, acrescentando a estas a categoria final de não-cuidado. A composição das Categorias finais apresentaram-se desta forma:

Satisfação das necessidades - Proteção e ajuda: *Categoria final 1*, ou seja, o CUIDADO COMO IMPERATIVO MORAL OU IDEAL;

Presença - Esperança e Fé - Tranqüilidade - Carinho: *Categoria final 2*, ou seja, o CUIDADO COMO SENTIMENTO;

Atenção - Segurança: *Categoria final 3*, ou seja, o CUIDADO COMO RELAÇÃO INTERPESSOAL;

Conforto - Tecnologia - Preocupação: *Categoria final 4*, ou seja, o CUIDADO COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA;

Facilitação: *Categoria final 5*, ou seja, o CUIDADO COMO CARACTERÍSTICA HUMANA;

Desatenção - Ausência: *Categoria final de Não-Cuidado.*

3.5.2.1 - Categoria final 1: Cuidado como Imperativo Moral ou Ideal

Esta categoria final - CUIDADO COMO IMPERATIVO MORAL OU IDEAL - apresenta as categorias intermediárias de satisfação de necessidades, no sentido de satisfazer uma exigência biológica ou mental, o que foi realizado, respeitando sempre a dignidade do paciente, ou seja, considerando o paciente como pessoa, bem como propiciou proteção e ajuda como suporte para satisfazer essas suas necessidades, tais como aliviando-o do estresse e fazendo-o sentir-se valorizado como pessoa.

Nesta categoria agrupei os depoimentos dos pacientes em relação a como estes perceberam o cuidado recebido, ou seja, como ações de preservação de sua dignidade enquanto seres humanos. Emergiram 11 unidades de registro, que foram

agrupadas de acordo com os indicadores que estão apresentados no quadro nº 01, abaixo.

QUADRO 1 - Categoria final 1 - Indicadores expressos de CUIDADO COMO IMPERATIVO MORAL OU IDEAL, na percepção dos seres-cuidados:

Indicadores	Categoria Intermediária	Nº reg.
não tem queixa nenhuma do CC	Satisfação necessidade	02
sentiu-se feliz com o atendimento	satisfação necessidade	01
buscaram uma coberta e colocaram-na sobre a paciente	satisfação necessidade	01
não tiveram dificuldade alguma em atendê-la quando solicitou	satisfação necessidade	01
sentiu o que lhe davam como muito importante	satisfação necessidade	01
estava em pânico e eles fizeram de tudo para acalmá-la	proteção e ajuda	01
foi colocada e arrumada na mesa pelo anestesiológista	proteção e ajuda	01
ter as pessoas à sua cabeça, olhando-a	proteção e ajuda	01
sentiu as pessoas dando-lhe tudo	proteção e ajuda	01

Alguns pacientes verbalizaram que receberam a atenção da equipe cirúrgica, bem como de terem sido observados, recebido carinho e tido companhia. Aparecem expressões que parecem demonstrar que o fato de serem alvo de atenção e carinho, e de terem pessoas a sua volta são motivos de sua sensação de valorização como pessoas, e isto, por sua vez, pode ser entendido como preservação da dignidade enquanto ser humano. Nos depoimentos abaixo, detecta-se que há presença de ajuda, comunicação efetiva e oferecimento de ambiente de ajuda, que são fatores de cuidado identificados por Watson (1988):

"AS PESSOAS NA MINHA CABEÇA ME OLHANDO". (A)

"EU ESTAVA EM PÂNICO. ELES FIZERAM DE TUDO PARA ME ACALMAR".
(B)

"ME DEIXARAM ALI FORA, BUSCARAM UMA COBERTA E ME BOTARAM
POR CIMA". (I)

" (...) AS PESSOAS (...) ALI NA MINHA VOLTA, (...) ME DANDO (...)
TUDO". (O)

3.5.2.2 - Categoria Final 2: Cuidado Como Sentimento

Na Categoria final - 2 - CUIDADO COMO SENTIMENTO - foram agrupadas as categorias intermediárias, que expressam o emocional, o sentir a presença, o ter fé e esperança, o ter a tranqüilidade, e a serenidade para enfrentar a situação, o ter carinho, que fizeram as pacientes se sentirem cuidadas com delicadeza e com empatia.

Nesta categoria agrupei os depoimentos que expressam a presença de sentimentos de dedicação dos profissionais para o paciente; de interesse do profissional pelo paciente; de fé e de esperança do paciente, as quais foram agrupadas nas categorias intermediárias: *Presença - Tranqüilidade - Carinho - Fé e Esperança*.

Emergiram 34 unidades de registros, agrupados em indicadores, conforme o quadro nº 02:

QUADRO 2 - Categoria 2 - Indicadores expressos de CUIDADO COMO SENTIMENTO, na percepção dos seres-cuidados.

Indicadores	categoria intermediária	Nº de reg
achava que ninguém gostaria de ver sangue numa sala onde seria operada	tranquilidade	01
eles conversavam e me acalmavam com o que diziam	tranquilidade	03
sentiu-se tranquila quando viu o dr. A entrar na sala	tranquilidade	01
sentiu-se super bem no CC	tranquilidade	01
sentiu que teria suas N lhe cuidando	tranquilidade	01
eles transmitem calma	tranquilidade	01
as condições ambientais não fizeram a paciente "passar por aquela coisa que a gente sabe que vai passar"	tranquilidade	01
que todas as pessoas foram ótimas	presença	06
tinha muita gente na minha volta	presença	03
sentiu os médicos com ela	presença	01
achou legal quando o dr. A entrou na sala	presença	01
que não a deixaram sozinha	presença	01
encontrou uma colega de colégio	presença	01
sentiu que ia sair com vida da cirurgia	fé e esperança	01
sentiu que estavam lutando pela sua vida	fé e esperança	01
sentia-se com Deus	fé e esperança	01
foi tratada como se fosse da família deles	carinho	01
recebeu um carinho especial	carinho	01
a acalmavam com gestos de carinho	carinho	01
todos foram muito carinhosos	carinho	01

Os depoimentos a seguir, refletem a presença e o carinho, sentimentos proporcionados pela presença dos profissionais e pelas suas ações e palavras,

oferecendo assim, a tranqüilidade. Além disto, através desses depoimentos, há a percepção do cuidado como sendo prestado de forma autêntica e com demonstração de aceitação (Boyle, 1981):

"ELES TRATAM A GENTE COMO SE FOSSE DA FAMÍLIA DELES". (F)

"NÃO DEIXAM A GENTE SOZINHA". (J)

"ELES CONVERSARAM, ME ACALMAVAM COM AS COISAS QUE DIZIAM".
(O)

"A GENTE NÃO PASSA AQUELA COISA QUE A GENTE SABE QUE VAI PASSAR" . (A PACIENTE REFERIU-SE ÀS CONDIÇÕES DE HIGIENE DO AMBIENTE). (Q)

O sentimento de amor e de esperança parecem bem visíveis pelos depoimentos e, como escreve Bevis (1981), os sentimentos de amor, medo, felicidade, ou qualquer outra emoção humana podem absorver os efeitos produtores de crescimento, geradores de energia e consistentemente positivos de ter sido cuidado.

A empatia também parece clara nos depoimentos, principalmente na forma como se expressaram alguns pacientes, tais como:

"ELES CONVERSARAM, ME ACALMAVAM COM AS COISAS QUE ELES DIZIAM, OS GESTOS DE CARINHO, TUDO ISSO, NÉ, É IMPORTANTE ISSO AÍ, NÉ?" (O)

"...AÍ EU FICAVA OLHANDO PRA CARA DE TODO MUNDO, VENDO SE ACHAVA O DR. A AÍ, QUANDO VI ELE, AH! LEGAL! ...QUANDO VI ELE, PENSEI: ESTOU BEM, NÃO SEI PORQUE, NÃO SEI EXPLICAR, TE JURO, MAS ME TRANQUILIZOU". (C)

Um número expressivo de pacientes verbalizou que as pessoas, em geral da equipe médica, no CC "foram ótimas", e que "foram carinhosos". Como exemplo, podemos ver isso no depoimento da paciente:

"FOI ÓTIMO MESMO, O DR M, A ESTAGIÁRIA R, ENFIM, TODOS OS QUE ESTAVAM LÁ DENTRO FORAM ÓTIMOS". (L)

Os pacientes, ao verbalizarem que todos foram ótimos, o fizeram no sentido de sentir a presença e a atenção dessas pessoas. Isto, por sua vez, parece transmitir uma sensação de segurança (categorizado no Cuidado como Relacionamento Interpessoal). Além disso, parece clara a manifestação dos sentimentos de preocupação e solidariedade (categorizados no Cuidado como intervenção terapêutica), como nos depoimentos que seguem :

"AH, FOI NUMA HORA QUE EU TAVA ASSIM, SENTINDO DOR, EU SENTI UM POUCO DE DOR E ELES TENTARAM ME ACALMAR DIZENDO COISAS: ' TE ACALMA QUE VAI SER LIGEIRO' ". (O)

"TUDO FOI MARAVILHOSO. TODOS... MUITO CARINHOSO COM A GENTE". (E)

"O CARINHO DAS PESSOAS AJUDA MUITO. A GENTE SE SENTE BEM. EU GOSTO DE SER TRATADA ASSIM". (F)

Em relação ao sentimento de fé que foi observado, uma paciente demonstrou a fé e confiança na equipe, ao observar o esforço e dedicação para com a sua pessoa/situação:

"EU SENTI ASSIM QUE EU IA..., QUE EU TAVA COM DEUS, QUE EU TAVA COM ELES, QUE EU IA CONSEGUIR, QUE TAVAM LUTANDO PELA VIDA DA GENTE E A GENTE TAVA FORCEJANDO PRA TAMBÉM FAZEREM ISSO". (A)

Por outro lado, mostra de forma bem clara a espiritualidade da paciente e que, segundo Hense (1988), inclui o terceiro aspecto do "reconhecimento de um Ser Superior" que é o "apoio e a retaguarda espiritual" desejados e experimentados pela paciente. Deus foi para ela uma importante fonte de auxílio, proteção e força.

Watson (1988) acredita que um aspecto básico do fator 8 de Cuidado de sua Teoria, - que é o oferecimento de ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda mental, físico, social e espiritual - inclui um ambiente estético e limpo, pois, enquanto ambientes limpos e/ou estereis podem ser promotores da saúde, a estética pode melhorar a saúde através da promoção da autovalorização e da dignidade. Um ambiente agradável melhora o estado afetivo, facilita as interações com os outros e promove um senso de satisfação com a vida, conforme expressa o depoimento abaixo:

"PORQUE INCLUSIVE ATÉ NA PRIMEIRA VEZ QUE FIZ CIRURGIA, ENTREI NUMA SALA SUJA DE SANGUE, ERA SANGUE POR TODO LADO. NÃO TINHAM LIMPADO NADA. DÁ UM DESESPERO. E EU IA SER ANESTESIADA NAQUELA HORA. E AQUI NÃO, A GENTE ENTRA E TÁ LIMPINHO, ARRUMADINHO. A GENTE NÃO PASSA AQUELA COISA QUE A GENTE SABE QUE VAI PASSAR. ACHO QUE NINGUÉM GOSTA DE VER AQUELE SANGUE, AQUELAS COISAS". (Q)

3.5.2.3 - Categoria Final 3: Cuidado Como Relacionamento Interpessoal

A categoria final 3 - CUIDADO COMO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL -

apresenta as categorias intermediárias de atenção e segurança como indicativos de um cuidado humanizado, que é efetivado através da relação interpessoal, onde há a preocupação em identificar os medos e as expectativas do paciente e ajudá-lo a clarear estes aspectos. Assim como em outras, porém de forma mais evidente nesta categoria, a distinção entre Sentimento e Característica Humana é muito tênue.

Nesta categoria agrupei os depoimentos dos pacientes em relação a como estes perceberam o cuidado como interação sua com a enfermeira. Emergiram 8 unidades de registros, que foram agrupadas de acordo com os indicadores que estão apresentados no quadro nº 03, abaixo:

QUADRO 3 - Categoria 3 - Indicadores expressos de CUIDADO COMO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL, na percepção dos seres- cuidados.

Indicadores	categoria intermediária	Nº de registros
quando olhei e vi a N (...) sempre tem uma coisinha	segurança	01
sentiu as pessoas dando-lhe segurança	segurança	02
é ter tudo certinho	segurança	01
estava apavorada e eles conversaram com ela	segurança	01
todos foram muito atenciosos	atenção	03

Esta categoria apresentou um dos menores números de registros, no entanto, evidenciou uma relação bastante estreita com as Categorias de Cuidado como Sentimento e Cuidado como Característica Humana.

Já foi mencionado à página 55, que a presença e a atenção dispensada parecem provocar um sentimento de segurança. Nos depoimentos das pacientes E e N pude perceber que as mesmas se sentiram reconhecidas como pessoas, pois foram cuidadas em seus sentimentos. Percebi, na expressão da paciente Q, que ela se sentiu segura quando encontrou uma pessoa conhecida no CC:

" TODOS MUITO ATENCIOSOS ... COM A GENTE". (E)

"EU TAVA APAVORADA E ELES CONVERSARAM COMIGO". (N)

"AS PESSOAS TAVAM ... ALI ... ME DANDO SEGURANÇA" e ainda disse que "É MUITO IMPORTANTE ISSO AÍ, NÉ? A GENTE SE SENTIR SEGURA". (O)

"(...) ENCONTREI UMA COLEGA DE COLÉGIO LÁ, A N. (...). AÍ, EU OLHEI E DISSE, AH! É ... SEMPRE TEM UMA COISINHA (...)" (Q)

3.5.2.4 - Categoria Final 4: Cuidado Como Intervenção Terapêutica

A categoria final 4 - o CUIDADO COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA - apresenta as categorias intermediárias de conforto, preocupação e tecnologia, porque são expressões dos fatores humanísticos-científicos do cuidar, e os pacientes referenciaram alívio de sensações desconfortáveis através de cuidados zelosos e da atenção, mesmo esta sendo efetivada por meio de equipamentos, pois a paciente percebeu que o profissional, ao observar o aparelho, estava cuidando-a. Há a apresentação também da confiança de que a equipe fez "tudo direitinho". Contudo, cumpre ressaltar que, como Intervenção Terapêutica, os aspectos, no que tange a procedimentos técnicos, foram pouco evidenciados.

Nesta categoria, agrupei os depoimentos dos pacientes em relação a como estes perceberam o cuidado recebido como sendo uma intervenção terapêutica. Emergiram 28 unidades de registro, que foram agrupadas de acordo com os indicadores que estão apresentados abaixo, no quadro nº 04.

QUADRO 4 - Categoria final 4 - Indicadores expressos de CUIDADO COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA, na percepção dos seres-cuidados.

Indicadores	categoria intermediária	Nº de registros
achou importante eles terem o cuidado com os aparelhos de medir a pressão o coração	tecnologia	01
tudo que recebeu foi especial, tão especial que nem sentiu ser anestesiada	preocupação	01
estavam toda hora conversando, para não deixar que ficasse nervosa	preocupação	01
a paciente sentiu que seu caso era de risco	preocupação	01
ter ficado controlando a pressão, o coração (anestesiologista)	preocupação	01
fizeram tudo direitinho	preocupação	01
referiu sensação de alívio quando viu o dr. A entrar na sala	conforto	01
num momento de dor, eles tentaram acalmá-la	conforto	01
que foi bem atendida no CC	conforto	20

Houve a expressão de atenção e preocupação com a pessoa, de forma indireta, pois estas foram dadas ao equipamento, mas a paciente fez esta ligação e pensa que isto foi importante.

As expressões de conforto sentidas foram em grande número e foram apresentadas desde a sensação de alívio de ver o "seu" médico, uma pessoa já conhecida, passando por ações de interações verbais para acalmar nervosismo e chegando à expressão ampla, abrangente e complexa de "ter sido bem atendida no CC", isto significa dizer que, os pacientes sentiram bem-estar no CC com o atendimento carinhoso, atencioso e com alguma explicação do que estava ocorrendo, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

"ESTAVAM TODA HORA CONVERSANDO, PRA NÃO DEIXAR A GENTE NERVOSA". (N)

"UMA COISA QUE EU ACHEI IMPORTANTE ALI, É ELES TEREM O CUIDADO COM O APARELHO, NÉ? DA GENTE, É O DE MEDIR A PRESSÃO, O CORAÇÃO. AQUILO EU ACHEI BACANA. ELE TINHA QUE FICAR CONTROLANDO, ISTO EU ACHEI MUITO BACANA. QUER DIZER, ELES CONTROLAM, NÉ?" (B)

"QUANDO EU VI ELE, AH! LEGAL! NÃO SEI PORQUE, MAS ELE TÁ AÍ".
(Paciente referindo-se ao seu médico, aquele que a orientou e acompanhou.) (C)

"FUI BEM TRATADA MESMO, POR ELES". (I)

"ESTAVAM TODA HORA CONVERSANDO, PRA NÃO DEIXAR A GENTE NERVOSA". (N)

" NUMA HORA QUE EU TAVA SENTINDO DOR, ELES TENTARAM ME ACALMAR DIZENDO COISAS". (O)

3.5.2.5 - Categoria Final 5: Cuidado Como Característica Humana

Na Categoria final 5 - CUIDADO COMO CARACTERÍSTICA HUMANA - o termo facilitação foi utilizado como ato ou efeito de remover dificuldades, e isto só é efetivado quando há a aplicação do conhecimento dos fatores que levem a dificuldades, e da habilidade que os remove e, sendo o cuidado um conceito humanístico, houve a apresentação da capacidade humana de cuidar.

Nesta categoria agrupei os depoimentos dos pacientes em relação a sua percepção de cuidado como inerente ao ser humano, isto é, como sendo essencial para sua sobrevivência. Quanto ao número de unidades de registro, optei por não fazê-lo, pois, nesta categoria, os integrantes da equipe no CC e o paciente são estes seres. Apresentam, portanto, uma interrelação direta ou indireta com todas as demais categorias de modo muito imbricado, dificultando muito retirar de algum depoimento a expressão desse cuidado, que já não tenha sido classificado em outra categoria, para não tornar-se muito repetitivo. Então coloquei somente a categoria intermediária chamada de Facilitação.

QUADRO 5 - Categoria 5 - Indicador expresso de CUIDADO COMO CARACTERÍSTICA HUMANA, na percepção do ser-cuidado.

Indicadores	categoria intermediária	Nº de registros
melhor tratamento é impossível	facilitação	01

Na expressão do depoimento: - "OLHA, AQUI, MELHOR TRATADA É IMPOSSÍVEL".(F) - tentarei expor o significado desta categoria: as pessoas apresentaram dificuldades de verbalizar suas respostas, seja por constrangimento, seja por não se sentirem bons informantes. O que percebi nas expressões desses diversos pacientes é o sentimento de sobrevivência na situação de *tendo que se operar*. Foram ao CC nervosos. A maior parte permaneceu nervosa durante sua permanência lá, já que a maioria submeteu-se à anestesia parcial. Esta constatação obtive após a entrevista, em conversa informal, pois, já no quarto, operados e vivos, esta é a sua expressão: "melhor tratada é impossível, tudo foi maravilhoso".

Os depoimentos expressam que tudo foi ótimo, maravilhoso, *após* o ocorrido, e ressaltam não ter havido nenhum problema. No entanto, sentimentos de medo, ansiedade e pânico foram relatados. Como as pessoas estavam ao redor (presença), conversavam, tentando acalmar (tranquilidade) e os pacientes perceberam que tudo estava transcorrendo normalmente, *sem dor*, sem problemas, e a cirurgia acabou, tendo sobrevivido, a sensação de *alívio* parece que impera. Os pacientes na sua totalidade colocaram que foram bem atendidos, que tudo foi maravilhoso, o que parece indicar que não houve complicações.

A categoria intermediária - facilitação - parece evidenciar o sentimento de amor transmitido na sala de operação, sob o ponto de vista do paciente, isto é, o ambiente é percebido como de amor. E amor está incluso nas categorias de sentimento, intervenção terapêutica, interação interpessoal, imperativo ideal ou moral, bem como na característica humana.

3.5.2.6 - A anti-categoria do cuidado: O Não-Cuidado

A anti-categoria do cuidado - O NÃO-CUIDADO - apresenta as categorias intermediárias de ausência e de desatenção, caracterizando assim que as pacientes deixaram de sentir-se com maior segurança, conforto e relaxamento, enfim, sem a sensação de bem-estar e a sensação de valorização que a presença e a atenção lhes teriam proporcionado.

Nesta categoria agrupei os depoimentos das pacientes em relação a como elas perceberam o não-cuidado. Emergiram 03 unidades de registro que foram agrupadas de acordo com os indicadores que estão abaixo representados, no quadro nº 06.

QUADRO 6 - Anti-categoria do cuidado - Indicadores expressos de NÃO-CUIDADO.

indicadores	categoria intermediária	Nº de registros
ficou sozinha no corredor	ausência	01
tem medo de ficar sozinha no corredor e ficou	desatenção	01
o anestesista é que estava nervoso e bravo - "será que vai sobrar pra mim?"	desatenção	01
sentiu ardência no local da punção venosa e o anestesiológista disse-lhe que era assim mesmo, mas o soro estava fora da veia	desatenção	01

No presente trabalho, houve as seguintes referências de situações de não-Cuidado:

"EU SENTIA ARDÊNCIA NO MEU SORO E DISSE PARA O ANESTESISTA QUE TAVA FORA E ELE DISSE QUE ERA ASSIM MESMO E QUANDO CHEGUEI NO QUARTO A ENFERMEIRA FOI VER E TAVA FORA DO LUGAR. FOI A ÚNICA COISA QUE NÃO FOI BEM". (O)

" NÃO É QUE EU NÃO TENHA GOSTADO. ACHO QUE NEM FOI UMA FALTA DE ATENÇÃO. EU É QUE TENHO MEDO DE FICAR SOZINHA. E A UNIDADE NÃO TINHA A MACA PARA VIR ME BUSCAR E EU FIQUEI SOZINHA NO CORREDOR. SÓ ISSO." (B)

(Após a entrevista, ela disse que, quando fica sozinha, dentro de um lugar assim como o hospital, ela sente-se abandonada e chora).

"EU FUI BEM CUIDADA. O ANESTESISTA É QUE ESTAVA NERVOSO. MANDOU BUSCAR ALGUMA COISA QUE NÃO QUERIAM MANDAR. ELE TAVA BRABO....AÍ, VI QUE ELE TAVA NERVOSO. ATÉ PENSEI: SERÁ QUE VAI SOBRAR PRA MIM? MAS COMIGO NÃO TEVE PROBLEMA". (I)

As pacientes B e I expressaram as situações vivenciadas, como se isto não fosse importante; e as justificaram; mas, como lembraram de citá-las, penso que deva ter tido um significado que elas valorizaram. Por isso incluí-as como situações de não-cuidado.

Cabe agora reforçar, que as unidades de registro, muitas vezes, podem ser observadas em mais de uma categoria intermediária. Segundo Morse et al. (1990), isto foi observado nos estudos, trabalhos e teorias, ou seja, a unidade pertencendo a mais de uma categoria, e se cuidar é entendido como integralizar dimensões, isto parece correto.

Para ilustrar esta integralização das dimensões do Cuidar/Cuidado, farei, abaixo, uma analogia com os cinco "cês" de Roach (apud Waldow, 1995), que tem os seus trabalhos sobre Cuidar/Cuidado classificado por Morse et al. (1990), como

característica humana, para iluminar o entrelaçamento desse Referencial de Cuidar/Cuidado:

"CÊS	CATEG. INTERMEDIÁRIA	CATEGORIA FINAL
compaixão	ajuda	Imperativo Moral ou Ideal - A
competência	preocupação	Intervenção terapêutica -D
confiança	tranqüilidade	Sentimento - B
consciência	desatenção (descaso)	Relação Interpessoal - C
comprometimento	facilitação	Característica Humana - E

Apresentarei expressões de pacientes caracterizando esses "cês":

EU ESTAVA EM PÂNICO. ELES FIZERAM DE TUDO PARA ME ACALMAR".
(B) - *Compaixão*

"... QUANDO VI ELE, PENSEI, ESTOU BEM (RI),...". (C) *Confiança*

".. FOI MUITO CARINHOSO COMIGO. FIZERAM TUDO DIREITINHO, NÉ...".
(I) *Competência*

"O ANESTESISTA É QUE ESTAVA NERVOSO. MANDOU BUSCAR ALGUMA COISA QUE NÃO QUERIAM MANDAR... FALOU QUE A CIRURGIA JÁ ESTAVA ATRASADA. AÍ, VI QUE ELE TAVA NERVOSO. ATÉ PENSEI: SERÁ QUE VAI SOBRRAR PRA MIM? MAS COMIGO NÃO TEVE PROBLEMA". (I)
Consciência profissional.

"EU SENTI ASSIM QUE IA ... QUE ESTAVAM LUTANDO PELA VIDA DA GENTE...". (A)

"AH, FUI BEM TRATADA E TUDO, NÃO POSSO NEGAR. PELOS ENFERMEIROS, PELOS DOUTORES". (F) *Comprometimento.*

Parece-me claro, através dos depoimentos supra-citados, que a classificação epistemológica de Morse et al. (1990), com relação às categorias do Cuidar/Cuidado, não são independentes e sim interligadas umas às outras, apenas que, em determinados momentos há significados mais fortes ou mais salientes de uma das categorias em relação às demais, pois, ao analisar os conceitos de Cuidar/Cuidado dos diversos estudiosos, Morse (op.cit.) observou este fenômeno ocorrendo na forma de uma interação direta/explicita ou de uma forma implícita, e o presente estudo confirma estas inter-relações, as quais se dão como segue:

Categoria 1 - O Cuidado como *imperativo moral ou ideal* apresenta interação direta com o relacionamento interpessoal e com a intervenção terapêutica;

Categoria 2 - O Cuidado como *sentimento* apresenta interação direta com a característica humana, e implícita com a intervenção terapêutica e com o imperativo moral;

Categoria 3 - O Cuidado como *relacionamento interpessoal* apresenta interação direta com sentimento, imperativo moral e intervenção terapêutica, e interação implícita com característica humana;

Categoria 4 - O cuidado como *intervenção terapêutica* apresenta interação direta com relacionamento interpessoal, imperativo moral e com característica humana, e apresenta interação implícita com sentimento;

Categoria 5 - O Cuidado como *característica humana* apresenta interação direta com

a intervenção terapêutica, o sentimento, e implícita com relacionamento interpessoal e imperativo moral.

Cabe colocar no final deste capítulo, que o uso dos termos *bem atendido*, *bem tratado*, *bem cuidado*, pelos pacientes, foram considerados como sinônimos na categorização, conforme o sentido expresso pelos mesmos. Por vezes, mesmo eu insistindo, ao explorar o que entendiam por ser "bem cuidado", "bem tratado", "bem atendido", esta resposta ficou vaga. Todos, no entanto, expressaram o significado desses termos como sendo o da presença, dos comportamentos e das ações realizadas com eles, aspectos estes, que revelam o cuidado ocorrido.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazendo agora o objetivo deste estudo, que é **descrever o que é percebido como cuidado pelos seres-cuidados no seu período de transoperatório**, há a indicação de que os pacientes ficaram felizes com o que receberam e para eles, conta o que receberam. Pude observar esta felicidade no semblante desses pacientes através de luminosidade no olhar, muitos sorrisos, serenidade, fâcies corada, paciente deambulando em seu segundo dia de pós-operatório de colecistectomia, pacientes maquiadas e com a preocupação de colocar roupas bonitas. Parafraseando, portanto, Waldow e Neves-Arruda (Waldow, 1995) houve demonstrações de comportamentos e ações no sentido de favorecer suas potencialidades para melhorar a sua condição humana no processo de viver .

Respondendo às questões propostas, a totalidade da população do estudo entendeu que o Cuidado recebido no CC foi bom, e usaram expressões tais como "melhor tratamento é impossível" e " as pessoas foram ótimas" para caracterizá-lo e descrevê-lo.

Compreendi, através desses depoimentos, que existem três tipos de situações de *ter que se operar*, pois cinco desses pacientes expressaram que sentiam dor há muito tempo, dois eram pacientes de cesariana, e cinco eram pacientes de cirurgia eletiva e o preparo pessoal para o enfrentamento do *ter que se operar* ocorreu de forma diferente. No primeiro caso, ou seja, o de sentir dor/desconforto há muito tempo, o sentimento dos pacientes foi de se livrar disso, mesmo que tivesse que ser

enfrentando uma cirurgia. No segundo caso, as cesarianas, foram intervenções de urgência, não dando tempo para as pacientes "pensarem" muito, além do que, elas queriam que o nenê nascesse logo e bem. No caso da cirurgia eletiva, todos os pacientes buscaram um motivo mais forte do que o medo para enfrentarem a cirurgia, tendo como exemplo, que um deles submeteu-se à 'pressão' da família, além do que um paciente necessita de um tempo maior para este processo do que outro.

O processo mental para o enfrentamento de situações de estresse, dentre as quais a de cirurgia, é diferente de pessoa para pessoa. As necessidades apresentadas pelos pacientes, no entanto, no seu período de transoperatório, foram semelhantes, tais como o fato de se sentirem nervosos.

Na justificativa dos doze pacientes terem dado nota dez ao cuidado recebido, houve vinte (20) indicativos de que "foram bem atendidos no CC", o que incluiu presença, carinho, atenção, conforto, satisfação de necessidades, ajuda, facilitação, fé e esperança, preocupação, segurança, proteção e tranquilidade. Na questão referente às "situações em que não se sentiram bem cuidados", surgiram dez (10) indicativos de que "não houve situação de não-cuidado"; dois (2) indicativos de que não houve nada para "marcar como negativo"; e três (3) situações de não-cuidado que foram caracterizadas como ausência e desatenção. Já na questão de nº 6, em relação as "situações em que os pacientes se sentiram bem cuidados", emergiram os indicativos de presença, tecnologia, preocupação, tranquilidade, carinho, conforto, fé e esperança.

Em relação a como os paciente perceberam as pessoas que os cuidaram no CC, dois pacientes (B e L) responderam que "todos" os cuidaram durante a cirurgia.

Nove pacientes descreveram a equipe cirúrgica (cirurgiões, anestesiolegista, circulante, que é Técnico ou Auxiliar de Enfermagem) como as pessoas que as cuidaram no CC. Estas pessoas foram, de alguma forma, identificadas pelo nome, título ou características físicas descritas. Uma paciente (A), em três questões, respondeu de forma diferente: Na questão 5 - "quem cuidou de você no CC"?, respondeu que foi cuidada "por uma moreninha baixinha", referindo portanto uma única pessoa; na questão 6, referiu sentir-se cuidada por todas as pessoas no CC. E na questão 7, referiu Deus e os médicos lutando pela sua vida. Neste caso, percebi os pacientes fazendo esforço no sentido de lembrar de todos os presentes no seu transoperatório, na tentativa de não esquecerem alguém.

Os pacientes deste estudo apresentaram respostas em relação ao cuidado recebido, semelhante aos estudos já realizados quanto aos aspectos de ter atenção (Rodrigues, 1984), de serem observados, receber carinho e ter companhia (Menezes, 1978), de ter um ambiente limpo (Watson, 1988), de ser aceito (Boyle, 1981), de ter apoio e retaguarda espiritual (Hense, 1988), de ter o Cuidado de forma humanizada (Riemen, 1986). Os dados deste estudo contrapõem-se aos achados de Brown (1986), onde os pacientes identificaram os comportamentos instrumentais como os indicadores de cuidado mais freqüentemente do que as enfermeiras, uma vez que houve somente uma referência ao comportamento instrumental como indicador de cuidado.

Em relação à percepção do não-cuidado, os achados coincidiram com os de Riemen (1986), no que tange à situações de não se sentirem valorizados; e segundo minha interpretação, respaldada no Referencial do Cuidado, foram tratados como objetos/coisas. Uma das pacientes compreendeu o não-cuidado como uma situação de

descaso. Já outra paciente tentou encontrar explicações para o fato, justificando que é ela que não se sentia bem em determinadas situações, como o ficar sozinha em corredor de hospital, mas que os outros não têm culpa desse fato.

Sendo o presente estudo realizado com o objetivo de saber como é o Cuidar/Cuidado, na percepção do ser-cuidado, para que desta forma, haja uma análise e compreensão do como deve ser a Enfermagem no CC dentro deste Referencial, fica a sugestão de incluir o amor, onde a co-presença no encontro humano é um mistério, ao invés de um problema a ser solucionado, e onde o crescimento é incorporado através de um diálogo eficaz (Ray, 1981), já que onze (11) pacientes expressaram este indicativo, no mínimo uma vez. Esses encontros humanos, ocorrem num dos cinco modos de ser com o outro (enfermeira-paciente), segundo Halldórsdóttir (apud Waldow, 1995): o modo biocídico, que é a forma mais severa de indiferença ao paciente como pessoa e é caracterizado por várias formas de atitudes as quais podem ser consideradas desumanas. Neste trabalho não foram expressos este modo de ser. O modo bioestático de ser com o outro significa insensibilidade ou indiferença para com a outra pessoa e provoca desencorajamento e ansiedade. O modo biopassivo de ser com a outra pessoa é mais caracterizado por uma falta de abordagem positiva ou de cuidado, do que propriamente à presença de algo destrutivo, e que se apresentou na expressão do não-cuidado. O modo bioativo de ser com o outro, envolve benevolência, disposição, atenção genuína, preocupação, consideração e afeto, existindo respeito e reconhecimento do outro como pessoa, expresso no Cuidado como sentimento e no Cuidado como relacionamento interpessoal. E o modo biogênico de ser com a outra pessoa, promove sentimento de confiança nos pacientes, o que conduz ao desenvolvimento de uma relação de proximidade entre enfermeira-

paciente.

Para que haja o cuidado ao paciente, isto é, o resultado do processo de empreendimentos de ações e comportamentos no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (Waldow e Neves-Arruda apud Waldow, 1995), tem que haver o envolvimento inter-pessoal (Souza, 1976; Panza, 1977; Menezes, 1978; Travelbee, 1978; King, 1981; Brunner & Suddarth, 1982; Rodrigues, 1984; Watson, 1988; Ray, 1989; Leininger, 1991). Percebi os pacientes do presente estudo sentindo-se num bem-estar de pós-operatório, mas pela forma de relação efetivada durante a entrevista, pude depreender que o momento do *tendo que se operar*, não foi aproveitado para a relação interpessoal enfermeira-paciente.

Como emergiu apenas um (1) comportamento instrumental como indicativo de Cuidado, ocorre perguntar se isto seria devido à complexidade dos procedimentos técnicos (muito diferente do usual nos atendimentos de consulta, postos sanitários, centros de atendimento dentre outros), ou se isto seria pelo nível de estresse em que o paciente encontra-se, não conseguindo ver ou sentir como as situações ocorrem na sua volta, ou ainda se pelo desconhecimento ou não consciência de como estes procedimentos deveriam ser realizados e por quem (incluindo-se aqui conhecimento, habilidade, destreza, competência)? Para esclarecer esta questão, solicitei a uma das pacientes para descrever como ela percebeu toda a situação no CC, e sua descrição foi a seguinte:

"NÃO SEI DESCREVER A SITUAÇÃO, MAS FOI BOM, TÃO LINDO, QUE NEM PARECIA QUE EU IA ME OPERAR. DESDE QUE EU ENTREI FOI BOM. TODOS BRINCANDO. FORA DE SÉRIE. FUI MUITO BEM ATENDIDA...". (E)

Já, outra paciente, respondendo à questão nº 6, faz o seguinte depoimento:

"(...) A CIRURGIA, O QUE ELES TAVAM FAZENDO, EU PROCUREI NÃO OLHAR NADA, SENÃO EU IA FICAR MAIS NERVOSA. NÃO OLHEI NADA, SÓ O QUE ESTAVA NO MEU LADO, EU OLHEI". (B)

Analiso os aspectos presentes nos depoimentos acima, como sendo um dos dez (10) fatores básicos de Cuidado de Watson (1988), pois percebo o oferecimento de ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda mental e espiritual, bem como percebo os pacientes sentindo-se felizes em terem recebido as atenções e o carinho expressos nos depoimentos: "fui bem atendido por todos", "todos foram ótimos", "eles transmitem calma, eles dizem bobagens", "a gente entra e tá limpinho, arrumadinho", "as pessoas ali na minha volta". São expressões com significados de aconchego e aceitação. Os pacientes colocam no "todos", principalmente os integrantes da equipe médica (ver Anexo 3, Unidade III) e as enfermeiras. Pelos depoimentos, no entanto, percebi que as enfermeiras são as demais categorias de Enfermagem que não a enfermeira.

Isto permite deduzir que a enfermeira não entrou em contato com os pacientes, caso contrário, teria se apresentado ou identificado de alguma forma. Não houve, portanto, interação, confirmando que as enfermeiras, conforme estudo descrito no início deste trabalho, não interagem com os pacientes no CC. Desta forma, persiste o desconhecimento dos pacientes quanto às diferentes categorias profissionais da Enfermagem, já que, em geral, quem não é médico, é enfermeira.

Esta análise me leva a pensar que a enfermeira, dentro do Referencial Cuidar/Cuidado, não cuida, mas como elas trabalham, exercem atividades e efetivam ações dentro deste setor, tudo isto indica também que esta pode não ser a única forma de trabalhar a Enfermagem no CC. Cabe trazer o questionamento feito por Roach (apud Radsma 1994): "Quando nós cessarmos o Cuidar, nós cessamos de ser humanos? Então, se as enfermeiras cessam de Cuidar, elas cessam de ser enfermeiras?". A mim parece que a ação gerencial na Enfermagem não admite ou não prioriza o cuidado, ou não o consente como sua práxis no contexto de CC.

Rodrigues & Souza (1988) e Galvão (1990) indicam que a enfermeira de CC está mais voltada para as atividades administrativas que contemplam os interesses organizacionais. Panza (1977), Ferraz (1978), Rodrigues (1979), Castellanos (1991) mostram que o papel da enfermeira de CC está direcionado para as atividades técnicas-administrativas, ficando as atividades assistenciais em segundo plano de prioridades; e acrescenta Menezes e Bandeira (1985) que a enfermeira delega essas atividades assistenciais, ou seja, o Cuidar/Cuidado do paciente, a outros membros da equipe de Enfermagem que, na maioria das vezes, não possuem preparo adequado para a execução das mesmas. O presente estudo possibilita a meu ver, pensar que a enfermeira está afastada, primeiro, para atender aos interesses da instituição e não os dos pacientes; segundo, que coloca as atividades assistenciais ou de cuidar em segundo plano; e, terceiro, que delega o cuidar/assistir para outras pessoas. Este cuidar entendido em todas as suas dimensões: técnica, política, afetiva, ética e legal entre outras.

A questão sobre quem cuida é esclarecida por Roach (1993) que diz que todos

os profissionais de saúde cuidam, o que difere é a forma como cuidam. Continua, a autora, dizendo que, na Enfermagem, o cuidar se manifesta de uma forma específica, pois constitui uma profissão formalmente preparada para o cuidado. As diferentes categorias podem expressar cuidado, no entanto, conforme seu preparo, enfatizarão uma ou outra dimensão. Já a enfermeira deveria integralizar e expressar todas as dimensões do Cuidar. Para Watson (1988), a cura da doença é domínio da medicina, e declara que a atitude de cuidado que pertence à Enfermagem está sendo ameaçada pelas tarefas e exigências tecnológicas dos fatores curativos, ao que a enfermeira está respondendo.

Kelly (1990) diz que, se não há respeito e cuidado, não ocorre Enfermagem. Respeito foi definido como sendo a mensagem recebida pelo outro na interação e descrito em termos de o que o "ideal da Enfermeira" pode fazer. Cuidado foi percebido como multidimensional e foi descrito como "pequenas coisas" e como tendo a dimensão de "tomando tempo", mostrando amor e preocupação, tendo envolvimento, sendo aberta e honesta, sendo empática e boa ouvinte, sendo alegre e amiga e sendo enfermeira segura e competente.

No trabalho de Henderson (1987) que faz uma crítica em relação ao Processo de Enfermagem apresenta, como um dos aspectos, o tempo gasto junto ao paciente, e diz que as enfermeiras de saúde pública o usam em 70% e que os pacientes hospitalizados dizem que não vêm a Enfermeira, dados obtidos nos Estados Unidos, o que é confirmado aqui. E é a sua presença que desencadearia as demais ações/comportamentos de cuidado.

Alexander e col. (apud Bianchi e Castellanos, 1983) relatam que a enfermeira de CC tem medo do contato com o paciente, com o que concordo, pois este contato tem que ser efetivado em curto espaço de tempo. Para isso, é necessário uma habilidade não desenvolvida em nossa formação profissional, que é a observação, a análise desta observação e a intervenção para solucionar o observado de modo rápido e, às vezes, sob pressão de diferentes tipos, comuns no ambiente de CC, as quais, na maioria das vezes, não apresentam qualquer relação com o que se está fazendo com o paciente, e também porque temos medo de sentir medo. Medo de não saber responder às perguntas do paciente, medo de "ver" o medo nos olhos do paciente, medo de identificar as fragilidades do paciente, medo de me aproximar de um outro "Ser" que é desconhecido, mas que está necessitando de mim enquanto profissional no mínimo, e, principalmente medo de ser julgada como incompetente pelos outros profissionais. Como educadora, já em processo de repensar a Enfermagem e o Cuidar/Cuidado, cabe-me o compromisso de introduzir novas posturas, idéias e atitudes consequentes à reflexão originada e as novas que deverão emergir, já que o conhecimento do Cuidar/Cuidado está em fase de mobilização para novas dimensões, como também através do presente estudo, divulgar e dialogar com colegas educadores e colegas de campo sobre o Cuidar/Cuidado tendo em vista as perspectivas dos pacientes.

As enfermeiras, no estudo feito por mim e apresentado nesta introdução, relataram que cuidam dos paciente, mesmo que de maneira indireta, priorizando a infra-estrutura, que é a função administrativa na parte organizacional mas, pensam que é importante refletir sobre as prioridades de suas ações, e apresentam sentimentos de frustração por não efetivarem contato direto com o paciente num maior número de

vezes. Mayeroff (apud Ray,1981) diz que, no processo de cuidar, há tanta dor quanto alegria, mas o Cuidar/Cuidado faz com que haja a descoberta e a criação do significado da vida, tanto na profissional quanto na pessoal, pois o Cuidar/Cuidado possibilita a auto-realização, e é através dele que os seres humanos vivem o significado de sua própria vida. E enquanto não vir a descobrir isso, a enfermeira está deixando o aspecto do ideal (Watson,1988), do sentimento e da característica humana embotadas, perdendo a beleza de "descobrir" o outro e se deixar "descobrir", numa troca altamente positiva e enriquecedora que a alimentaria no enfrentamento dos percalços de todo o seu fazer Enfermagem. Do presente estudo emergiram questionamentos, reflexões, considerações que, evidentemente, já contribuíram para uma mudança frente a esta questão abrindo possibilidades de novas investigações, tais como: compartilhar com outros colegas e estudantes os achados e inclusive compará-lo com outros estudos, vendo semelhanças, diferenças e aspectos já estudados ou a serem estudados para que cada vez mais, haja o aprofundamento do conhecimento da Enfermagem.

Trazendo Salzano (1989), cumpre aqui perguntar: quem cuida do paciente? A resposta é patente: são os auxiliares e técnicos de Enfermagem, pois ao dizerem "todos foram ótimos", estes, estão incluídos. Como cuidam? Pelos depoimentos, eles cuidam conforme o que os pacientes sentem como importante.

Henderson (1987) também coloca que, nos Estados Unidos, o pessoal de Enfermagem que não a enfermeira, é o que presta praticamente todo o cuidado aos pacientes hospitalizados, e que as enfermeiras administram, mas, administrando, também são responsáveis pelo cuidado. Então, as enfermeiras e os componentes da

equipe se educariam para a prestação do cuidado? No presente estudo, o pessoal de Enfermagem é citado como ser-cuidador. Três (3) pacientes disseram que todos à sua volta o trataram bem, que foram ótimos. Nove (9) desses pacientes referiram alguém da equipe de Enfermagem (auxiliar e técnicos de Enfermagem são os circulantes das SO), pela descrição física. E em termos do quê e do como foi este cuidado, é possível identificar, de forma geral, que os pacientes sentiram-se bem-cuidados. A enfermeira, porém, trazendo o seu conhecimento de Fisiologia, Sociologia, Psicologia, e os Instrumentos Básicos da Enfermagem, dentre outros, pode pensar que estes pacientes receberam o que deveriam receber mesmo dentro dessa sua estrutura de Serviço de Saúde? Penso que este item é muito importante, não para colocar achados pontuais, mas sim para levar as enfermeiras de CC a refletir, pois quando a Enfermagem é genuinamente humanística, ela é a expressão e a existência de um autêntico compromisso da enfermeira (Paterson e Zderad,1976).

Este estudo por incluir uma perspectiva nova para mim, apresenta por si só, algumas limitações quanto à sua profundidade em termos de conhecimento. Por outro lado, este tema (Cuidar/Cuidado) como ora se propõe, não apresenta uma bibliografia brasileira muito extensa, sendo então, utilizado estudos teóricos e pesquisas da realidade norte americana. Desta forma, julguei prudente iniciar verificando a perspectiva do paciente no que se refere ao Cuidar/Cuidado, em seu período de transoperatório. Contudo, penso que, a maioria dos estudos enfatizam a visão da Enfermagem, o que parece não ter sido o caso do presente estudo que, priorizou o ser-cuidado, o recebedor do cuidado, que constitui o indicador mais fidedigno para informar o que é o cuidado.

Radsma (1994) escreveu que as enfermeiras dizem que as coisas sempre foram feitas da mesma forma, como desculpa para a não modificação de ações e comportamentos, caracterizando assim, no meu entendimento, uma falta de conscientização sobre o próprio fazer profissional. Ela, contudo, (op. cit.) diz que já "existem situações que despertam conflito nas enfermeiras, que são os valores pessoais e a ética profissional".

Uma das suposições de Watson (1988, p. 33) é de que "as contribuições sociais, morais e científicas da Enfermagem à humanidade e à Sociedade, assentam-se em seu compromisso com os ideais de Cuidado Humano, na teoria, na prática e na pesquisa", ou que, Enfermagem é "... uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de Cuidado Humano (p.54)

Penso que seja conveniente abordar o aspecto *ética* mais explicitamente, para juntarmos alguns valores significativos no Cuidar/Cuidado no CC. A ética permeia todo o trabalho, pois ética sendo "o agir como se é" (Camargo, 1983), não permitiria ser de outra forma. O Referencial escolhido, os autores aceitos, o tema buscado, entre outros, mostram que "as decisões implicam num processo de escolha, que é precedido de julgamento que por sua vez é determinado, entre outros fatores, pelos valores pessoais daqueles que decidem" (Steagall-Gomes, 1983). Isto confirma a validade abrangente deste aspecto.

Germano (1993) colocou uma frase na primeira folha de seu livro - "Toda a ética é necessariamente social e política" - de Dom Pedro Casaldáliga, tanto é que

foram abordadas estas condições relativas aos pacientes, à instituição e ao próprio processo de trabalho da enfermeira no seu livro. E para auxiliar numa reflexão mais profunda importante se faz, trazer a definição de Rios (1994, p.11) que diz que ética "é a reflexão crítica sobre valores presentes no comportamento humano em sociedade", pois a Instituição nada mais é do que um grupo de pessoas, bem como o são os pacientes e as enfermeiras, e que os valores vão se alterando com a evolução das sociedades, e os seres humanos são sociais e políticos por natureza, então têm-se que analisar essas características na sua abrangência.

Para verificar com que ética, a enfermeira de CC trabalha, é conveniente resgatar alguns aspectos abordados para essa reflexão, como por exemplo: Todo ser humano tem direito sobre sua vida. Eu pergunto: O que o paciente decide no CC? O que ele solicita? Ele é cuidado em suas necessidades sentidas enquanto está dentro do CC? Há a presença da autenticidade na relação enfermeira-paciente, permitindo a livre expressão dos sentimentos/emoções para um melhor enfrentamento da situação *de ter que se operar?* Apresenta-se a singularidade do cuidado ao paciente no CC, isto é, está presente o atendimento das suas necessidades no seu próprio modo de ser? Para Ghellere et al. (1993,p.126), a "singularização do cuidado é um refletir da vida e do universo". De que forma se apresentou o fazer Enfermagem dentro do Referencial Cuidar/Cuidado para mostrar a autonomia da enfermeira enquanto profissional? Ou mesmo, para demonstrar a necessidade, enquanto cuidadora?

O Código de Ética da Enfermagem menciona que se deve respeitar a vida (art. 8º, inciso IV). Reflete-se sobre a Vida e o Viver, tanto a dela quanto a do paciente no CC?

Há no Código, art. 9º, inciso II, que é proibido ao enfermeiro abandonar o paciente em meio ao tratamento, sem continuidade de assistência, salvo em caso de absoluta força maior. Em primeiro lugar, cabe levantar a questão: reflete-se sobre qual é o cuidado que se deve dar ao paciente no CC?, para após, vir a ler o restante do inciso. Julgo que estas são questões que não devem ter as respostas fechadas neste trabalho, mas que podem servir como guia para iluminar a compreensão e a reflexão do que está posto aí.

Para Yura e Walsh (apud Henderson, 1987), o processo de Enfermagem ou os cuidados de Enfermagem são uma série de ações para o cumprimento das propostas da Enfermagem, isto é, manter o paciente num ótimo bem-estar, e se isto muda, providenciar cuidados de Enfermagem em quantidade e qualidade para que este bem-estar volte. A paciente N e a paciente B ficaram apavoradas/em pânico durante todo o procedimento cirúrgico. O que poderia ter sido feito para diminuir o seu nível de estresse? Brunner & Suddarth, (1982), Watson, (1988), Ray, (1989), e Leininger (1991) dizem que a presença, empatia, atenção e apoio são comportamentos que amenizam a situação de tensão/estresse.

Para Watson (1988), um fator importante que afeta a saúde é o estresse ou são as atividades ligadas ao estresse que estão, também, associadas ao estilo de vida, às condições sociais e ao ambiente, e estes três aspectos é que devem ser centralizados no foco do cuidado da saúde. Cabe aqui fazer a análise quanto aos achados em relação aos pacientes entrevistados:

1. Em relação às condições sociais, são, em sua maioria, donas de casa,

comerciária, pescadores, trabalhador na indústria da pesca. Quanto ao grau de instrução, analfabeta, semi-alfabetizados, Primeiro Grau completo e adulto estudando o Supletivo de Segundo Grau, significando que podem não ter acesso facilitado a informações sobre saúde, atendimentos sanitários, cirurgia e o processo de *ter que se operar*.

2. Em relação ao ambiente em que vivem, o que pude perceber é que todos esperavam com ansiedade o horário de visitas e eles as recebiam. Pude depreender disso que, apesar de serem pessoas de condições sócio-econômicas baixas, tinham um ambiente familiar afetivo e de ajuda. Os mais dependentes de cuidados, tais como aqueles com várias infusões e com cateter de oxigenioterapia, tinham a presença de familiares muito comprometidos com suas atividades de acompanhantes. Em relação ao ambiente CC, ficou que a experiência de ter sido operado no ambiente vivenciado, foi positiva.

3. Em relação ao estilo de vida, na minha percepção, o que eles pensam e o que recebem é mais do que esperam. Isto ficou claro pela expressão de agradecimento desses pacientes, pois, pelo Sistema de Saúde vigente, é extremamente difícil uma pessoa conseguir uma consulta, tendo que enfrentar filas grandes e, às vezes, nem conseguir a ficha, e ter que repetir este procedimento mais vezes. Após a consulta, com diagnóstico de *ter que se operar*, inicia-se outra maratona que é conseguir leito. Depois disto, podem ficar ocorrendo as suspensões da cirurgia por diversos motivos. E então, um dia ocorre a cirurgia e o paciente sai vivo e sem a doença. O sentimento que lhe fica é o de gratidão.

Leopardi (1992, p.66) escreve que, "no sentido Marxista do termo necessidade social, o atendimento às necessidades de saúde correspondem a uma tendência global (social) de anular a carência. Nesse caso, o sujeito em sua busca por satisfação de sua necessidade, porque não pode alcançá-la nos objetos e instituições como imagina, se submete ao que a sociedade oferece, limitado pela disponibilidade do consumo permitida. O sujeito, assim, acaba perdendo sua identidade como cidadão e de classe, para ser tão somente um indivíduo sem pertencimento a nenhuma outra coisa que não à sociedade enquanto abstração". Os sujeitos deste estudo, segundo minha visão, percebem somente o aspecto psicobiológico, fazendo parte da dimensão social-saúde. Vejo os sujeitos da pesquisa não se sentindo cidadãos, dentro do conceito acima referendado, pois aceitam tudo na forma como se apresenta, e sentem-se aliviados e felizes com o que recebem. Aqui cabe, porém, trazer Lane (1986), que diz que o ser humano traz consigo uma dimensão que não pode ser descartada, que é a sua condição social e histórica, sob o risco de termos uma visão distorcida (ideológica) de seu comportamento.

Patrício (1992), fortalecendo sua idéia em Gramsci, escreve que o homem é a dimensão maior do cuidado de Enfermagem e que atos de cuidar ajudam, protegem e desenvolvem, reduzem estresses e conflitos e possuem dimensões biológica, psico-espiritual, sócio-cultural e ecológica. Já Watson (1988) diz que o cuidado com o ser humano pode começar quando a enfermeira entra na vida ou no campo fenomenológico da outra pessoa (paciente) e é capaz de detectar o espírito, a alma do paciente, sentir isso dentro de si própria e dar uma resposta de modo que o paciente tenha alívio dos seus sentimentos subjetivos e pensamentos que ele estava ansioso para se livrar. Esses sentimentos são expressos através de movimentos, toques, sons,

palavras, cores e formas, dentre outros, como mostram os depoimentos abaixo:

"ELES TRANSMITEM CALMARIA, EU ACHO. ELES DIZEM BOBAGENS ... PROCURAM DISTRAIR A GENTE. PORQUE A GENTE VAI UMA PILHA MESMO". (Q)

"EU SÓ SEI QUE TAVA APAVORADA COM A CESARIANA E ELES COMEÇARAM A CONVERSAR COMIGO". (N)

Houve pacientes (Q, O) que verbalizaram terem se sentido nervosos e acalmados, paciente (M) que, ao responder às perguntas do instrumento, não expressou este sentimento, mas, após a entrevista, em conversa informal, disse que se sentiu muito nervoso, principalmente na situação de *entrar no CC*; pacientes que não expressaram, ou eu não identifiquei nas suas expressões este sentimento (A-I-L-J-F-E); e houve ainda pacientes que expressaram de forma explícita que as pessoas do CC, tentaram ajudá-los (B, N) no alívio deste sentimento, bem como houve paciente (C) que disse que é nervosa, mas os outros pensam o contrário. Após a apresentação destes sentimentos pelos seres-cuidados, fica o questionamento: foi suficiente o preparo da infra-estrutura ou o preparo técnico-administrativo para que a cirurgia ocorresse?

Cabe então abrir um questionamento: Será o Referencial Cuidar/Cuidado o melhor para embasar todo o processo de trabalho da enfermeira de CC? Pelo que foi levantado junto aos pacientes - seres cuidados - o que eles julgam importante são as ações e os comportamentos expressos neste Referencial, tais como ter carinho, conforto, fé e esperança, facilitação, atenção, presença, tranquilidade, satisfação de necessidades, proteção e ajuda, tecnologia, preocupação e segurança, e estes,

compõem o elenco de elementos necessários, conforme estudos empíricos e teóricos, para o processo de cuidar. Ao se considerar, contudo, o cuidado holístico, e fazendo parte deste a organização do ambiente, do material, do pessoal, de toda a estrutura enfim para que a cirurgia se realize, o cuidado no caso estaria envolvendo o sujeito da cirurgia, ou as pessoas que tecnicamente a efetuarão? Neste caso, vale novamente refletir sobre a ação ou papel das enfermeiras no CC, e analisar as suas contradições, principalmente, considerando a sua ausência, e, quanto ao que parece ser valorizado como mais importante, segundo os depoimentos delas relatados no início deste trabalho.

Cumpra agora, às enfermeiras de CC refletir sobre qual é o Referencial que é utilizado na prática e analisar se o mesmo está adequado às necessidades do paciente, ou de quem? E fazer uma opção consciente.

Segundo Lane (1986, p.17) "refletir sobre uma atividade realizada implica repensar suas ações, ter consciência de si mesmo e dos outros envolvidos, refletir sobre os sentidos pessoais atribuídos às palavras, confrontá-las com as conseqüências geradas pela atividade desenvolvida pelo grupo social, e nesta reflexão se processa a *consciência* do indivíduo, que é indissociável enquanto de si e social".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C.P. , ROCHA, J. S. Y.. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

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

BEVIS ,O. Caring: a life force. In: Leininger, M. M. *Caring: an essential human need*. Thorofare, New Jersey: Slack, 1981.

BIANCHI, E.R.F., CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, v.3, n.5, p.161-166, out/dez, 1983.

BOEMER, M.R. Abordagem do "caring". *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, v.4, n.2, p.55-58, abril/jun. 1984.

BOYLE, J. S. Uma aplicação do método estrutural-funcional ao fenômeno do cuidar. In: Leininger, M.M. *1ª Conferência Nacional : Os Fenômenos e a Natureza do Cuidar*. Thorofare, New Jersey, 1981.

BRONW, L.. The experience of care: patient perspectives. *TCN*. v.8, n.2, p.56-62, 1986.

BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S.. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

CAMARGO, M. *Ética, vida e saúde*. 7ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1983.

CASTELLANOS, B.E., MANDELBAUN, M.H.S. O papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.* São Paulo, v.5, n.1, p.15-20, jan./mar.

CASTELLANOS, B.E. O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico no Brasil (década de 80). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.25, n.2, p.177-194, 1991.

FERRAZ, E.R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. *Rev. Esc. Enf. USP*. São Paulo, v.12 n.3, p.167-168, dez. 1978.

GARDNER, K. G. , WHELLER, E. The meaning of caring in the context of nursing. In: Leininger, M.M. *Caring: an essential human need*. Thorofare, New Jersey: Slack, 1981.

GERMANO, R. M. *A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993.

GHELLERE, T, ANTÔNIO, M.C., SOUZA, M. L. *Centro cirúrgico: aspectos fundamentais para a enfermagem*. Florianópolis. Ed. UFSC, 1993.

HENSE, D. S. S. A espiritualidade no contexto da experiência do paciente cirúrgico. *Rev. Bras. Enf.*. Brasília, v.41, n.1, p. 14-17, jan/mar, 1988.

HENDERSON, V. Nursing process - a critique. *Holistic Nurs Pract*, v. 1, n. 3, p.7-18, 1987.

JOUCLAS, V.M.G. *Análise da função do circulante de sala de operação de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos*. São Paulo, USP, 1987. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1987.

KELLY B. Respect and caring: Ethics and essence of Nursing. Leininger, M.M. (ed). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press, 1990.

KING, I. *A Theory for Nursing: systems, concepts, process*. New York, John Wiley & Sons, 1981.

LANE, S. T., CODO, V. *Psicologia social: o homem em movimento*. 4. ed. São Paulo, Brasiliense, 1986.

LEININGER, M.M. Diversidade e universalidade do cuidado transcultural: uma teoria de enfermagem. *Nursing & Health care*. ,v.6, n.4,, p.209-212, abril, 1985.

_____ *Culture care diversity and universality: a Theory of nursing*. New York: National League for Nursing 1991.

LEOPARDI, M. T. Necessidades de saúde e cidadania. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v.1, n.1, p. 54 - 78, jan/jun. 1992.

MENEZES, A.R. *A Problemática de Enfermagem dos Pacientes no Período Transoperatório: um estudo dos problemas sentidos e observados*. São Paulo, USP, 1978. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1978.

MENEZES, A. R.; BANDEIRA, D. M. I. Prática de enfermagem nas regiões Norte e Nordeste na área de enfermagem em centro cirúrgico e centro de material. In: CBEnf. XXXVII, 1985. Recife, Pe. *Anais*. Recife, 1985. p.200- 208

MORSE, J. M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. *Adv. Nurs. Sci*. v.13, n.1, p. 1-14, 1990.

NEVES-ARRUDA, E. et al. Reprodução do instrumento de coleta de dados do Projeto do Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP-CC), 1995.

NEVES, M.A.; AVELAR, M.C.Q. A enfermeira como circulante em sala de operação. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, ed. especial, p. 95-103, jul. 1991.

- PANZA, A.M.A. *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*. São Paulo, USP, 1977. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1977
- PATERSON, J. & ZDERARD, L. *Humanistic Nursing*. New York, John Wiley & Sons, 1976.
- PATRÍCIO, Z. M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v.1, n. 1, p. 89-105, jan/jun. 1992.
- RADSMA, J. Caring and Nursing: a dilemma. *Journal of advanced nursing*. v.20, p.444-449, 1994.
- RAY, M.A. Uma análise filosófica do cuidar dentro da Enfermagem. In:Leininger, M.M. *1ª Conferência Nacional: Os fenômenos e a Natureza do Cuidar*. Thorofare, New Jersey, 1981.
- RAY,M.A. The Theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nurs/Admin Q*, v.13, n.2, p.31-42, 1989.
- RIEMEN, D. J. Noncaring and caring in the clinical setting: patients' descriptions. *TCN*. v.8, v.2, p.30-36, july, 1986.
- RIOS, T. A. *Ética e competência*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1994 (Coleção questões da nossa época, v.16).
- ROACH, S.S. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.
- RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. *Rev. Esc.Enf.USP*, São Paulo, v. 18, n.2, p. 163-176, 1984.

- RODRIGUES, R. A. P. & SOUZA, F. A. E. F. *A prática da enfermeira em centro cirúrgico*. (trabalho mimeografado apresentado na II Jornada de Enf. em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo) São Paulo, 1988.
- RHODUS, C.C. A formação do enfermeiro no contexto social. In: CBEnf XXXVI, 1984. Belo Horizonte, M.G. *Anais*. Belo Horizonte, 5-9 jun. 1985. p. 35-45.
- SALZANO, S.D.T. Os problemas dos pacientes detectados pela enfermeira durante a recepção no centro cirúrgico. *Rev. Paul. Enf.*. São Paulo, v. 6, n.2, p.67-77, abril/jun. 1986.
- STEAGALL-GOMES, D.L. As implicações do valor ético na ações de saúde. *Rev. Paul. Enf.*, São Paulo, v.3, n.1, p. 9-11, jan/fev., 1983.
- SOUZA, M.F. *Efeitos da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico*. Porto Alegre: UFRGS, 1976. Tese de Livre Docência - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1976.
- TRAVELBEE, J. *Intervención en Enfermería Psiquiátrica: el proceso de la relacion de persona a persona*. Colômbia, Cali, OPS/OMS, 1979.
- VICENTIM, L. et al. Administração da assistência de enfermagem e a atuação do enfermeiro. In: Jubileu de Ouro do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, 1989. São Paulo, S.P. *Anais*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, jun. 1989. 280p.
- WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica, *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.13, n.2, p.29-35, jul., 1992.
- WALDOW V.R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R. et al. *Maneiras de cuidar - Maneiras de Ensinar : a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. Cap. 1,p. 7-30.

WATSON, J. *Nursing: human science and human care. A Theory of Nursing*. New York, 10 Columbus circle, National League for Nursing, 1988 .

WELLS, A. Shared governance: a model of caring in practice. In: GAUT, D.A.. *A global agenda for caring*. New York. National League for Nursing, 1993, p. 347-363.

A N E X O S

Anexo 1

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Código de identificação do paciente:

idade:

Categoria:

Grau de instrução:

Dia trans-operatório:

Local do trabalho:

Tipo de cirurgia:

Agentes anestésicos:*

* (mencionar medicamentos administrados):

Percepções sobre o Cuidado

① Em uma escala de 0 a 10 qual o nº que você escolheria para responder a pergunta: como você se sente neste momento em relação ao cuidado recebido no C.C.? (Refrasear em linguagem ao alcance do paciente).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

② O que fez você se sentir desta maneira? (Por favor descreva).

③ Se não foi atribuído 10 na pergunta nº 1, diga: Você deu o número ___ quando lhe perguntei como se sentia em relação ao cuidado que recebeu no C.C. e me explicou as razões de sua escolha. Agora eu gostaria de saber: em uma escala de 0 a 10, qual seria a nota que você gostaria de poder dar em relação ao cuidado recebido no C.C.?
(refrasear também, como acima, S/N).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

④ O que você acha que poderia ter sido feito para que você pudesse dar ___ (repetir o número dado acima) em relação ao cuidado que você gostaria de ter recebido no C.C.? (ou refrasear, S/N).

⑤ Quem cuidou de você no C.C.? (Não precisa mencionar os nomes).

⑥ Você se lembra de alguma situação no C.C., na qual você sentiu-se bem cuidado?
(Refrasear a pergunta S/N).

⑦ Você se lembra de alguma situação no C.C., na qual você sentiu que não foi bem cuidado?
(Refrasear).

Anexo 2

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAR DE UM PROJETO DE PESQUISA. UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE - H.U.

Descrição do Projeto:

O Sr. esta sendo convidado a participar de um estudo sobre como o Sr. percebeu o seu cuidado, durante o período de transoperatório, ou seja, desde o momento em que entrou no centro cirúrgico até ser liberado para a sala de recuperação pós-anestésica, e que tem como objetivo adequar o cuidado para os próximos pacientes que submeter-se-ão à uma cirurgia.

No caso do Sr. aceitar participar deste estudo, o Sr. será entrevistado por mim. Esta entrevista consta de perguntas sobre como foi a sua experiência de ser operado aqui no HU. Será solicitado também, sua permissão para que esta entrevista seja gravada. Caso o Sr. não permita, pela dificuldade de registro, não será incluído no estudo.

Será garantido completo sigilo sobre sua identificação. Seu nome não será usado em momento algum no estudo. Não haverá nenhum tipo de risco ou benefício no seu tratamento, por estar participando do estudo.

O Sr. pode desistir da entrevista em qualquer momento. Caso o Sr. queira desistir de participar do estudo, entre em contato com, Sueli Zappas, telefone 32-89-41 ou no Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário do Rio Grande.

Autorização:

Eu li ou ouvi sobre a descrição do Estudo, acima citado e estou ciente do que é, quais são seus inconvenientes e os seus riscos. Eu aceito participar no estudo - **COMO O PACIENTE PERCEBE O SEU CUIDADO TRANSOPERATÓRIO**. Autorizo a gravar ou fazer anotações. Eu entendi que, se recusar a participar, em qualquer momento, meu tratamento não será afetado de modo algum.

Autorizo a gravar

Assinatura

Testemunha

Data

Anexo 3

APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

I - ENTREVISTAS REALIZADAS

ENTREVISTA - PACIENTE A

1. Eu daria nota 10.
2. Todos foram ótimos. Fui bem atendida lá. Fui bem cuidada. Estou feliz com o atendimento.
- 3.
4. -
5. Uma moreninha baixinha.
6. Todas as pessoas na volta, os médicos, as enfermeiras. As pessoas na minha cabeça, me olhando.
7. Não. Eu senti assim que ia ..., que eu estava com Deus, que eu tava com eles, que eu ia conseguir, que estavam lutando pela vida da gente e a gente tava forçando pra também fazerem isso.

ENTREVISTA - PACIENTE B

1. Olha, pensando agora, daria nota dez (10).
2. (Porque? - rephraseada) Fui super bem tratada. Eu estava em pânico. Eles fizeram de tudo para me acalmar. O médico, estagiário, anestesista, todos me trataram super bem. Não tenho queixa.
3. -
4. -
5. Quem cuidou de ti no CC?
Como assim ? médico? quais as pessoas? Todos.
6. Pergunta feita de diversas formas. Pensou muito antes de responder. Perguntou se durante a cirurgia. Expliquei o que era o transoperatório. Pensou mais um pouco. Refiz a questão: O que tu observou, o que tu viu, o que ouviu, o que sentiu, o que fizeram. Não sei. Uma coisa que eu achei importante ali, é eles terem o cuidado com o aparelho, né? da gente, é o de medir a pressão, do coração. Aquilo ali eu achei muito bacana. Ele (anestesista) tinha que ficar controlando, isto eu achei muito bacana. Quer dizer, eles controlam, né? A cirurgia, o que eles tavam fazendo, eu procurei não olhar nada, senão eu ia ficar mais nervosa. Não olhei nada, só o que estava no meu lado eu olhei.
7. Não é que eu não tenha gostado. Acho que nem foi uma falta de atenção. Eu é que tenho medo de ficar sozinha, e a unidade não tinha a maca para vir me buscar e eu fiquei sozinha no corredor, só isso.

ENTREVISTA - PACIENTE C

1. Nota dez .
2. Eu fui super bem tratada. Pelos médicos, atendentes, todos.
3. -
4. -
5. Quem? dr.a, dr. H, tinha mais um outro, moreninho, é estagiário, é bem calminho tão queridinho ele, não sei se tinha mais. Tinha mais um rapaz de bigode (circulante), não sei quem é ? Vi que tinha bigode, porque bigode chama atenção (risos).
6. Pensou. Ah!, olha, como eu vou dizer, ... quando eu entrei, fui lá pra sala e começaram a fazer a anestesia, aí eu ficava olhando pra cara de todo mundo, vendo se achava o dr. A, aí quando eu vi ele, ah! (alívio) legal! Não sei porque, mas ele tá aí. Pensei que ele não ia ir. Perguntei por ele para a moça (circulante) duas vezes, e ela disse que ele tava lá dentro, terminando a outra cirurgia. Quando vi ele, pensei: estou bem (ri), não sei porque, não sei explicar, te juro, mas me tranquilizou.
7. Não, em nenhum momento, e olha que eu já fiz cirurgia, mas aqui, te juro, me senti super bem e eu sou uma pilha de nervos. Até um dia o dr. A disse pra eu acalmar a outra menina que estava nervosa, hiper nervosa. Se ele soubesse a pilha de nervos que eu sou, mas ele disse que eu sou uma pessoa calma, ah! se ele soubesse, mas não tem nada que eu lembre pra marcar, nada.

ENTREVISTA - PACIENTE E

1. Nota dez.
2. Tudo foi maravilhoso. Todos muito atenciosos, muito carinhoso com a gente. Todos, tanto aqui (na unidade de internação) quanto lá (CC). Fora de série.
3. -
4. -
5. O M (residente), a M, não me lembro o nome, mas acho que é a F, uma loirinha de cabelinho comprido, eh! Tinha muita gente na minha volta. Todos foram excepcionais, todos, todos, mas não lembro o nome de todos. Era bastante gente.

6. Ah, desde que eu entrei, né. Foi muito carinhoso comigo. Fizeram tudo direitinho, né. Só eiogiamento, e cada vez melhor.
7. Não.

A senhora poderia descrever como foi toda a situação?

Não sei descrever a situação, mas foi bom, tão lindo, que nem parecia que eu ia me operar. Desde que eu entrei foi bom. Todos brincando. Fora de sério. Se tivesse mil, daria mil. Fui muito bem atendida. Todos foram cem por cento. Que fique cada vez melhor. Aqui o atendimento é ótimo, até de madrugada. Nota dez. É a quinta operação que faço.

ENTREVISTA - PACIENTE F

1. Ah, fui bem tratada e tudo, não posso negar. Pelos enfermeiros, pelos doutores. Fui bem mesmo, depois vim pra cá. Fiz curativo já, o primeiro doeu, agora não. Eu daria nota dez pra todos eles. Foram excelente comigo.
2. Todos foram excelente comigo.
3. -
4. -
5. Ah! Enfermeiras? Eram três, mas o nome delas eu não lembro. Tinha o anestesista, o Dr. F o Dr. T é né? o outro, é novo mas tem o cabelo grisalho, mas não lembro o nome dele.
6. Olha, aqui, melhor tratada é impossível. Eles tratam a gente como se fosse da família deles.
7. Que eu me lembro, não. Todas as vezes fui bem tratada. Bem tratada mesmo, melhor não poderia ser.

Como te sentiu no C.C., de modo geral?

Fui bem cuidada mesmo, bem tratada mesmo, pelas enfermeiras, pelos doutores, pelo anestesista. Me ajudaram porque eu não podia sentar também. A enfermeira me ajudou a agarrar. Para falar, eu sou ruim. Que continuem assim. Não tenho queixa de ninguém. A carinho das pessoas ajudam muito. A gente se sente bem. Eu gosto de ser tratada assim.

ENTREVISTA - PACIENTE I

1. Nota dez.
2. Fui bem tratada mesmo, por eles. Todos estavam na minha volta ali, me trataram com carinho. Melhor tratamento é impossível. Me trataram bem mesmo. O anestesista também, muito legal. Me botou na mesa, ficou ali me arrumando. Não tenho queixa nenhuma. Me deixaram ali fora, buscaram uma coberta, me botaram por cima. Me trataram muito bem.
3. -
4. -
5. Os médicos que me operaram? Ai, como é o nome? Dr. S, meu médico, o G, ai, como é o nome do outro loirinho? com pouco cabelo, cabelo bem baixinho. Uma dessas gurias, que eu não lembro o nome, que trabalha junto com o T, o anestesista e mais uma senhora gorda (circulante), outra morena que tinha ali também, estavam ali na minha volta.
6. Foi na hora que eu me acordei ali, que estavam toda hora na minha volta, saia uma vinha outra. Ficavam na volta, conversando. Conversavam, tentando me acordar. Eu queria dormir de novo e elas me chamando, "mexendo" comigo.
7. Não. Eu fui bem cuidada. O anestesista é que estava nervoso. Mandou buscar alguma coisa que não queriam mandar. Ele tava brabo. Falou que a cirurgia já estava atrasada. Ai, vi que ele tava nervoso. Até pensei: "será que vai sobrar pra mim?" Mas comigo não teve problema.

ENTREVISTA - PACIENTE J

1. Nota 20.
2. Tenho sido muito bem atendida, graças a Deus. São muito atenciosos e tem muito carinho com a gente. Não têm dificuldade alguma em atender a gente, quando se pede alguma coisa.
3. -
4. -
5. O nome deles eu não sei. Uma que teve aqui há pouquinho - a M, o S, uma outra morena também, outra morena, morena clara.
6. Não deixam a gente sozinha. Porque não tava a filha, ela só poderia entrar quando já estivessem fechando. Fui sempre bem atendida por todos.
7. Não.

ENTREVISTA - PACIENTE L

1. É até difícil a gente dizer porque a gente recebeu o carinho de todos. Eu daria nota 10, de dez pra cima.
2. Foi ótimo mesmo, o Dr. M, a estagiária R, enfim todos que estavam lá dentro foram ótimos. A gente recebe um carinho especial.
3. -
4. -
5. Todos, por exemplo este senhor, o anestesista, eu não sei o nome dele, é uma ótima pessoa também. Têm muito carinho com a gente. A gente recebeu carinho de todos.
6. Lembro. É como eu já estou lhe respondendo. Tudo que a gente recebeu ali foi especial. Foi tão especial que, por exemplo, na hora que fui anestesiada, nem senti. Quando me acordei já estava pra vir pro quarto.
7. Nenhuma

ENTREVISTA - PACIENTE M

1. Nota dez.
2. Ah, muito bom. Um atendimento maravilhoso.
- o que é um atendimento maravilhoso?
é os cuidados, tudo certinho.
- o que é cuidado certinho?
tudo. Eu assim, não tenho assim uma idéia, é a primeira vez. Ah! foi tudo bom
- 3.
- 4.
5. Acho que foi uns cinco ou seis, acho. Não sei quem eram porque a gente fica tapado. Três tavam na operação e duas auxiliando.
6. Não me lembro.
7. Não tem.

OBS:

entrar no C.C. deixa a gente muito nervoso.
a anestesia demorou e fiquei mais nervoso.
pensar em operar, pra mim era bom porque era pra me curar, mas a gente fica nervoso.
pensei que a cirurgia era de 15 min. e demorei 6 horas.
teria mais receio se tivesse que operar outra vez.
senti dor nas costas durante toda a noite e não comunicou a ninguém.

ENTREVISTA - PACIENTE N

1. Nota dez.
2. Porque estavam toda hora conversando, pra não deixar a gente nervosa.
- 3.
- 4.
5. Eu não sei o nome dos médicos. Eram dois na cirurgia, uma enfermeira e uma médica.
6. Não. Eu só sei que tava apavorada com a cesareana e eles começaram a conversar comigo.
7. Não. Porque eu tava apavorada e eles conversaram comigo.

ENTREVISTA - PACIENTE O

1. Olha, eu daria nota dez.
2. Eu fui muito bem atendida. Talvez pelo meu caso que corria risco, as pessoas tavam preocupadas, ali na minha volta, me dando segurança, carinho e tudo. É muito importante isso aí, né? A gente se sentir segura. A gente já tá nervosa com o que tá acontecendo e se a gente não se sentir segura ... Eles conversaram, me acalmavam com as coisas que eles me diziam, os gestos de carinho, tudo isso né.
- 3.
- 4.
5. Só dois que eu sei o nome. O Estagiário, o residente, o L F e a dra. S que me fez a cirurgia, são os que eu conheço ali. Tinha outros né, o anestesista, outra residente e a guria que me preparou que já era conhecida minha, que é da mesma cidade. Tinha outro rapaz moreno, outra moça, uma moça que aplicou a anestesia que tava junto com ele, um médico que não vi o rosto porque já tava deitada quando ele entrou, mas eu sei que tinha.
6. Ah. foi numa hora que eu tava assim sentindo dor, eu senti um pouco de dor e eles tentaram me acalmar dizendo coisas: "te acalma que vai ser ligeiro".
7. Lembro. Eu sentia ardência no meu soro e disse pro anestesista que tava fora e ele disse que era assim mesmo e quando eu cheguei no quarto a enfermeira foi ver e tava fora do lugar. Foi a única coisa que não foi bem.

ENTREVISTA - PACIENTE Q

1. Nota dez.
2. Porque ... bom...em princípio fui muito bem tratada lá dentro. Encontrei uma colega de colégio lá, a N. Uma das N, a mais clarinha. Aí, eu olhei e disse, a é ..., sempre tem uma coisinha, mas a outra N é também bacana assim né. Ah! vamos ter três N aqui, uma se operando e duas cuidando, eu achei muito bom o pessoal lá. Muito bom o atendimento.
3. -
4. -
5. Essas duas N, mais uma moreninha, bonitinha, agradável, não sei como é o nome dela. O Dr. M que me ajudou a sair da mesa, tinha outra moça, mas eu não lembro do nome.
6. Eles transmitem calma, eu acho. Eles dizem bobagens... procuram né, distrair a gente. Porque a gente vai uma pilha mesmo. É isso aí mesmo.
7. Ah não. Não. Porque inclusive até na primeira vez que fiz cirurgia, entrei numa sala suja de sangue, era sangue por todo lado. Não tinham limpado nada, dá um desespero, e eu ia ser anestesiada naquela hora. E aqui não, a gente entra e tá limpinho, arrumadinho. A gente não passa aquela coisa que a gente sabe que vai passar. Acho que ninguém gosta de ver aquele sangue, aquelas coisas. Acho que de negativo não tem nada no CC não.

II. IDENTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO

ENTREVISTA - PACIENTE A

A.1. nota 10.

A.2.

- a. a paciente disse que todos foram ótimos.
- b. a paciente disse ter sido bem atendida no CC.
- c. a paciente disse ter sido bem cuidada no CC.
- d. a paciente disse sentir-se feliz com o atendimento.

A.3. -

A.4. -

A.5. a paciente disse ter sido cuidada por uma moreninha baixinha.

A.6.

- a. a paciente relata como situação de ter sido bem cuidada a de ter todas as pessoas na volta, os médicos, as enfermeiras.
- b. a paciente relata como situação de ter sido bem cuidada a de ter as pessoas à sua cabeça, olhando-a.

A.7.

- a. a paciente disse não ter havido nenhuma situação de não-cuidado.
- b. a paciente disse que se sentia com Deus.
- c. a paciente sentia os médicos com ela.
- d. a paciente sentia que ia sair com vida da cirurgia.
- e. a paciente sentiu que estavam lutando pela sua vida.
- f. a paciente sentiu-se contribuindo na luta pela sua vida.

ENTREVISTA - PACIENTE B

B.1. nota dez (10).

B.2.

- a. a paciente referiu ter sido super bem tratada.
- b. a paciente referiu que estava em pânico.
- c. a paciente referiu que eles fizeram de tudo para me acalmá-la.
- d. a paciente citou o médico, estagiário, anestesista, dentre os "todos" que a trataram super bem.
- e. a paciente disse que não tem queixa.

B.3. -

B.4. -

B.5. Quem cuidou de ti no C.C.?

a. Todos.

B.6.

- a. a paciente disse que não sabia se houve alguma situação de não ter sido bem cuidada.
- b. a paciente disse ter achado importante no CC, é eles terem o cuidado com o aparelho de medir a pressão, do coração.
- c. a paciente referiu como sendo um cuidado, o anestesista ter ficado controlando a pressão, o coração.
- d. a paciente percebeu como cuidado, os controles feitos pelo anestesista.
- e. a paciente referiu que em relação à cirurgia que eles estavam fazendo, procurou não olhar nada, para não ficar mais nervosa.
- f. a paciente olhou somente o que estava a seu lado.

B.7.

- a. a paciente disse que não é que não tenha gostado, mas ficou sozinha no corredor do CC.
- b. a paciente acha que nem foi uma falta de atenção, mas, ficou sozinha no corredor do CC.
- c. a paciente disse que tem medo de ficar sozinha, e ficou sozinha.

ENTREVISTA - PACIENTE C

C.1. Nota dez.

C.2. a paciente refere ter sido super bem tratada. Pelos médicos, atendentes, todos.

C.3. -

C.4. -

C.5. a paciente disse que foi cuidada pelo:

a. dr.A.

b. dr. H.

- c. tinha mais um outro, moreninho, é estagiário, é bem calminho tão queridinho ele.
- d. não sei se tinha mais médicos.
- e. Tinha mais um rapaz de bigode (circulante), não sei quem é.

C.6.

- a. a paciente entrou na sala de cirurgia e começaram a fazer a anestesia,
- b. a paciente ficou olhando p'ra cara de todo mundo, vendo se achava o dr. A.
- c. a paciente referiu sensação de alívio, achou legal quando viu o Dr. A entrar na SO.

- d. a paciente disse que não sabia explicar o porque do alívio ao ver o Dr. A.
- e. a paciente chegou a pensar que o Dr. A não ia à cirurgia.
- f. a paciente perguntou à circulante pelo Dr. A, duas vezes.
- g. a paciente pensou que estaria bem, quando viu o Dr. A.
- h. a paciente sentiu-se tranquila quando viu o Dr. A.

C.7.

- a. a paciente não se sentiu não cuidada em nenhum momento.
- b. a paciente sentiu-se super bem no CC.
- c. a paciente refere ser "uma pilha de nervos".
- d. a paciente disse que não teve nada no CC. pra marcar como negativo.

ENTREVISTA - PACIENTE E

E.1. Nota dez.

E.2.

- a. a paciente refere que tudo foi maravilhoso.
- b. a paciente refere que todos foram muito atenciosos com ela.
- c. a paciente disse que todos foram muito carinhoso com ela.
- d. a paciente refere que tudo foi "fora de série".

E.3. -

E.4. -

E.5.

a paciente disse que quem cuidou dela foram:

- a. O M. (residente).
- b. a M.
- c. não me lembro o nome, mas acho que é a F, uma loirinha de cabelinho comprido.
- d. eh! Tinha muita gente na minha volta .
- e. a paciente disse que todos foram excepcionais , todos, todos.
- f. a paciente refere não lembrar o nome de todos. Era bastante gente.

E.6.

- a. a paciente sentiu-se bem cuidada desde que entrou no CC.
- b. a paciente disse que todos foram muito carinhoso com ela.
- c. a paciente disse que fizeram tudo direitinho .
- d. a paciente só tem elogios a dizer.

E.7.

- a. a paciente disse que não houve nenhuma situação de não cuidado com ela no CC.

A senhora poderia descrever como foi toda a situação?

Não sei descrever a situação, mas foi bom, tão lindo, que nem parecia que eu ia me operar. Desde que eu entrei foi bom. Todos brincando. Fora de série. Se tivesse mil, daria mil. Fui muito bem atendida. Todos foram cem por cento. Que fique cada vez melhor. Aqui o atendimento é ótimo, até de madrugada. Nota dez. É a quinta operação que faço.

ENTREVISTA - PACIENTE F

F.1. nota dez.

F.2.

- a. a paciente disse ter sido bem tratada e tudo.
- b. a paciente disse que não pode negar que foi bem tratada pelos enfermeiros e pelos doutores.
- c. a paciente reforça que foi bem tratada mesmo.
- d. a paciente disse que todos foram excelente com ela.

F.3. -

F.4. -

F.5. a paciente disse ter sido cuidada por:

- a. três enfermeiras, mas o nome delas não lembra.
- b. o anestesista.
- c. Dr. F.
- d. Dr. T.
- e. um outro, é novo mas tem o cabelo grisalho, mas não lembro o nome dele.

F.6.

- a. a paciente referiu que ser melhor tratada é impossível .
- b. a paciente disse que eles a trataram como se fosse da família deles.

F.7.

- a. a paciente disse não ter lembrança de uma situação em não foi bem cuidada.

- b. a paciente disse que todas as vezes fui bem tratada.
- c. a paciente reforça que foi bem tratada mesmo.
- d. a paciente disse que melhor não poderia ser.

Como te sentiu no C.C., de modo geral?

Fui bem cuidada mesmo, bem tratada mesmo, pelas enfermeiras, pelos doutores, pelo anestesista. Me ajudaram porque eu não podia sentar também. A enfermeira me ajudou a agarrar. Para falar, eu sou ruim. Que continuem assim. Não tenho queixa de ninguém. A carinho das pessoas ajudam muito. A gente se sente bem. Eu gosto de ser tratada assim.

ENTREVISTA - PACIENTE I

I.1. Nota dez.

I.2.

- a. a paciente sentiu-se bem tratada mesmo, por eles.
- b. a paciente sentiu todos à sua volta no CC.
- c. a paciente sentiu-se tratada com carinho.
- d. a paciente entende que melhor tratamento é impossível.
- e. a paciente sentiu-se bem tratada mesmo.
- f. a paciente sentiu que o anestesista também foi muito legal, a botou na mesa, e ficou ali arrumando-a.
- g. a paciente não tem queixa nenhuma.
- h. a paciente observou que buscaram uma coberta, e a colocaram por cima.
- i. a paciente sentiu-se muito bem tratada.

I.3. -

I.4. -

I.5. a paciente sentiu-se cuidada por:

- a. Dr. S meu médico.
- b. o G.
- c. tinha um loirinho com cabelo curto e ralo baixinho.
- d. Uma dessas gurias, que eu não lembro o nome, que trabalha junto com o T.
- e. o anestesista.
- f. uma senhora gorda (circulante).
- g. outra morena que tinha ali.
- h. a paciente referiu que as pessoas citadas estavam ali na sua volta.

I.6.

- a. a paciente referiu que na hora que acordou, viu sempre alguém à sua volta, saia uma vinha outra.
- b. a paciente disse que sempre alguém conversava com ela, tentando acordá-la.
- c. a paciente referiu que as pessoas à sua volta, ficavam "mexendo" com ela.

I.7.

- a. a paciente disse não ter havida uma situação de não cuidado.
- b. a paciente disse que foi bem cuidada.
- c. a paciente disse que era o anestesista que estava nervoso. Mandou buscar alguma coisa que não queriam mandar. Ele tava brabo. Falou que a cirurgia já estava atrasada. Ai, vi que ele tava nervoso. Até pensei: "será que vai sobrar p'ra mim?"
- d. a paciente disse que com ela não teve problema.

ENTREVISTA - PACIENTE J

J. 1. Nota 20.

J.2.

- a. a paciente disse que foi muito bem atendida.
- b. a paciente agradece a Deus pelo bom atendimento.
- c. a paciente disse que foram muito atenciosos com ela.
- d. a paciente disse que tiveram muito carinho com ela.
- e. a paciente disse que não tiveram dificuldade alguma em atendê-la, quando pediu alguma coisa.

J.3 -

J.4. -

J.5. a paciente sentiu-se cuidada por:

- a. o nome deles ela não sabe.
- b. uma é a M.
- c. o S.
- d. uma outra morena também.
- e. outra morena, morena clara.

J.6.

- a. a paciente refere que não a deixaram sozinha.
- b. a paciente refere que foi sempre bem atendida por todos.

J.7.

a paciente disse não ter havido uma situação de não cuidado.

ENTREVISTA - PACIENTE L

L.1. nota 10, de dez pra cima.

L.2.

- a. a paciente disse que foi ótimo mesmo.
- b. a paciente disse que todos que estavam no CC - o Dr. M, a estagiária R- enfim, todos que estavam lá dentro foram ótimos.
- c. a paciente disse que recebeu um carinho especial.

L.3. -

L.4. -

L.5.

A paciente disse que foi cuidada por:

- a. Todos, por exemplo este senhor, o anestesista, eu não sei o nome dele, é uma ótima pessoa também.
- b. a paciente disse que todos tiveram muito carinho com a ela.
- c. a paciente disse que recebeu carinho de todos.

L.6.

- a. a paciente disse que sim, Lembra. É como eu já estou lhe respondendo.
- b. a paciente disse que tudo que recebeu no C.C. foi especial. Foi tão especial que, por exemplo, na hora em que foi anestesiada, nem sentiu. Quando me acordou já estava pra vir pro quarto.

L.7.

a paciente disse não lembrar de alguma situação de não ter sido bem cuidada.

ENTREVISTA - PACIENTE M

M.1. Nota dez.

M.2.

- a. o paciente disse que teve um atendimento maravilhoso.
- b. o paciente disse que um atendimento maravilhoso é ter os cuidados.
- c. o paciente disse que um atendimento maravilhoso é ter tudo certinho.
- d. o paciente disse que foi tudo bom .

M.3.

M.4.

M.5. o paciente disse que foi cuidado por:

- a. acha que foram uns cinco ou seis.
- b. disse não saber quem eram, porque ficou tapado.
- c. o paciente disse que três estavam na operação e duas auxiliando.

M.6. o paciente não lembra de uma situação de ter sido bem cuidado.

M.7. o paciente disse não ter havido uma situação de não cuidado.

OBS :

entrar no C.C. deixa a gente muito nervoso.

a anestesia demorou e fiquei mais nervoso.

pensar em operar, pra mim era bom porque era pra me curar, mas a gente fica nervoso.

pensei que a cirurgia era de 15 min. e demorei 6 horas.

teria mais receio se tivesse que operar outra vez.

sentiu dor nas costas durante toda a noite e não comunicou á ninguém.

ENTREVISTA - PACIENTE N

N.1. Nota dez.

N.2. Porque estavam toda hora conversando, pra não deixar que ela ficasse nervosa.

N.3.

N.4.

N.5. a paciente disse sobre seus cuidadores:

- a. não saber o nome dos médicos.
- b. Eram dois na cirurgia.
- c. uma enfermeira na SO.

d. uma médica (anestesiologista).

N.6.

- a. a paciente disse que não lembra de uma situação de ser bem cuidada.
- b. a paciente refere que estava apavorada com a cesariana.
- c. a paciente percebeu que eles começaram a conversar com ela, por ela estar apavorada.

N.7.

- a. a paciente reforça que por estar apavorada eles conversaram com ela.
- b. a paciente disse não lembrar de uma situação de não cuidado.

ENTREVISTA - PACIENTE O

O.1. nota dez.

O.2.

- a. a paciente sentiu-se muito bem atendida.
- b. a paciente sentiu que seu caso era de risco.
- c. a paciente sentiu a preocupação das pessoas.
- d. a paciente teve as pessoas ali à sua volta.
- e. a paciente sentiu as pessoas dando-lhe segurança.
- f. a paciente sentiu as pessoas dando-lhe carinho e tudo.
- g. a paciente sentiu o que lhe davam como muito importante.
- h. a paciente sentiu-se segura com o que recebeu.
- i. a paciente sentiu-se nervosa com o que estava acontecendo.
- j. a paciente referiu a importância de se sentir segura em relação à situação pela qual passou.
- h. Eles conversaram, me acalmavam com as coisas que eles me diziam, os gestos de carinho, tudo isso né.

O.3.

O.4.

O.5. a paciente referiu como seus cuidadores:

- a. O Estagiário.
- b. o residente, o L. F.
- c. a dra. S que me fez a cirurgia, são os que eu conheço ali.
- d. Tinha outros né, o anestesista.
- e. outra residente.
- f. a guria que me preparou que já era conhecida minha, que é da mesma cidade.
- g. Tinha outro rapaz moreno.
- h. uma moça que aplicou a anestesia que tava junto com ele.
- i. um médico que não vi o rosto porque já tava deitada quando ele entrou, mas eu sei que tinha.

O.6.

- a. a paciente disse que numa hora que ela tava sentindo dor, eles tentaram acalmá-la dizendo coisas: "te acalma que vai ser ligeiro".

O.7.

Lembra. Ela sentiu ardência no local da punção venosa e disse pro anestesista que tava fora e ele disse que era assim mesmo e quando ela chegou no quarto a enfermeira foi ver e tava fora do lugar. Foi a única coisa que não foi bem.

ENTREVISTA - PACIENTE Q

Q.1. Nota dez.

Q. 2.

- a. a paciente disse que foi muito bem tratada dentro do CC.
- b. a paciente encontrou uma colega de colégio lá, a N.
- c. quando olhei e vi a N, disse, a é ..., sempre tem uma coisinha.
- d. mas a outra N é também bacana assim né.
- e. a paciente disse que haveria três N no CC, uma se operando e duas cuidando.
- f. a paciente achou muito bom o pessoal lá.
- g. a paciente achou muito bom o atendimento.

Q.3. -

Q.4. -

Q.5. A paciente referiu como seus cuidadores:

- a. duas N.
- b. uma moreninha, bonitinha, agradável, não sei como é o nome dela.
- c. O Dr. M.
- d. tinha outra moça, mas eu não lembro do nome.

Q.6.

- a. a paciente referiu que eles transmitem calma.
- b. a paciente disse que eles dizem bobagens... procuram né, distrair a gente.
- c. a paciente disse se vai uma pilha mesmo para o CC.

Q.7.

- a. a paciente disse que não houve situação de não cuidado.
- b. a paciente disse que em outra cirurgia, entrou numa sala suja de sangue, era sangue por todo lado e sentiu desespero.
- c. a paciente disse que nessa cirurgia, ela ia ser anestesiada num momento em sentia-se desesperada.
- d. a paciente disse que nesta cirurgia entrou numa sala limpinha.
- e. a paciente disse que nesta cirurgia entrou numa sala arrumadinha
- f. a paciente disse que não passou aquela coisa que ela sabia que iria passar.
- g. a paciente disse que achava que ninguém gostaria de ver sangue numa S.O. onde vai ser operada.
- h. a paciente achou que o C.C. não apresenta nada de negativo.

OBS: referiu que quando estava na SRPA, só queria vir para o quarto, pois, a família devia estar preocupada com ela e ela estava com eles. Operar não era nada, porque sentia esta dor a mais ou menos um ano e meio.

III - UNIDADES DE REGISTRO DAS QUESTÕES ABERTAS - CATEGORIAS INICIAIS

O QUE FEZ O PACIENTE DAR NOTA DEZ PARA O CUIDADO RECEBIDO NO C.C.

- A.a. que todas as pessoas foram ótimas
- A.b. que foi bem atendida no CC
- A.c. que foi bem cuidada no CC
- B.a. que foi super bem tratada
- B.c. que todos fizeram de tudo para acalmá-la
- B.e. que não tem queixa nenhuma
- C.a. que foi super bem tratada
- E.a. que tudo foi maravilhoso
- E.b. que todos foram muito atenciosos
- E.c. que todos foram muito carinhosos
- E.d. que tudo foi fora de série
- F.b. que foi bem tratada
- F.d. que todos foram excelentes com ela
- I.a. sentiu-se bem tratada
- I.b. ter as pessoas à sua volta
- I.c. que foi tratada com carinho
- I.d. entende que melhor tratamento é impossível
- I.f. que até o anestesiológico a colocou na mesa, e a arrumou
- I.g. não tem nenhuma queixa
- I.h. foi tapada com cobertor
- J.a. foi muito bem atendida
- J.b. agradece a Deus pelo bom atendimento
- J.c. foram muito atenciosos com ela
- J.d. tiveram carinho para com ela
- J.e. sempre atenderam às suas solicitações
- L.a. foi ótimo mesmo
- L.b. todos que estavam na SO foram ótimos
- L.c. que recebeu um carinho especial
- M.a. que teve um atendimento maravilhoso, teve cuidados
- M.b. que foi tudo bom
- M.d. que tudo foi feito certinho
- N.a. que ficaram conversando com ela, a toda hora
- N.b. tentaram fazer com que ela não ficasse nervosa
- O.a. sentiu-se bem atendida
- O.c. sentiu a preocupação das pessoas
- O.d. as pessoas ficaram à sua volta
- O.e. sentiu as pessoas dando-lhe segurança
- O.f. sentiu as pessoas dando-lhe carinho
- O.g. valorizou o que lhe deram
- O.h. sentiu-se segura com o que recebeu
- O.j. referiu a importância de sentir-se segura em relação à situação pela qual passou
- O.l. conversaram com ela
- O.m. acalmaram a paciente com o que disseram
- O.n. acalmaram a paciente com os gestos de carinho
- Q.a. que foi bem tratado no CC
- Q.b. encontrou uma colega de colégio trabalhando no CC
- Q.d. a paciente sentiu que haveria duas N. cuidando dela sendo operada
- Q.e. o pessoal do CC foi muito bom
- Q.f. o atendimento no CC foi muito bom

Quadro com os indicadores apresentados nas respostas à questão: "o que fez o paciente dar nota dez ao cuidado recebido".

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- QUE FOI BEM ATENDIDO NO CC	20
- QUE TODOS FORAM MUITO CARINHOSOS	06
- QUE TODAS AS PESSOAS NO CC FORAM ÓTIMAS	05
- QUE TODOS FORAM MUITO ATENCIOSOS	03
- CONVERSARAM COM ELA	03
- QUE TODOS TENTARAM ACALMÁ-LA	02
- QUE NÃO TEM QUEIXA NENHUMA DO CC	02
- SENTIU AS PESSOAS DANDO-LHE SEGURANÇA	02
- SENTIU AS PESSOAS À SUA VOLTA	02
- SENTIU A PREOCUPAÇÃO DAS PESSOAS	01
- FOI TAPADA COM COBERTOR	01
- ENCONTROU CONHECIDA NO CC	01

O PACIENTE SENTIU-SE CUIDADO POR:

A.5. uma moreninha baixinha.

B.5. todos.

C.5.

a. dr.A.

b. dr. H.

c. tinha mais um outro, moreninho, é estagiário, é bem calminho tão queridinho ele.

d. não sei se tinha mais médicos.

e. mais um rapaz de bigode (circulante), não sei quem é .

E.5.

a. M. (residente).

b. M.

c. não me lembro o nome, mas acho que é a F, uma loirinha de cabelinho comprido.

d. eh! Tinha muita gente na minha volta .

e. a paciente disse que todos foram excepcionais , todos, todos.

f. a paciente refere não lembrar o nome de todos. Era bastante gente.

F.5.

a. três enfermeiras, mas o nome delas não lembra.

b. o anestesista.

c. Dr. F.

d. Dr. T.

e. um outro, é novo mas tem o cabelo grisalho, mas não lembro o nome dele.

I.5.

a. Dr. S, meu médico.

b. o G.

c. tinha um loirinho com cabelo curto e ralo baixinho.

d. Uma dessas gurias, que eu não lembro o nome, que trabalha junto com o T.

e. o anestesista .

f. uma senhora gorda (circulante).

g. outra morena que tinha ali.

h. a paciente referiu que as pessoas citadas estavam ali na sua volta.

J.5.

a. o nome deles ela não sabe.

- b. uma é a M.
 c. o S.
 d. uma outra morena também.
 e. outra morena, morena clara.
- L.5.
 a. Todos, por exemplo este senhor, o anestesista, eu não sei o nome dele, é uma ótima pessoa também.
 b. a paciente disse que todos tiveram muito carinho com ela.
 c. a paciente disse que recebeu carinho de todos.
- M.5.
 a. acha que foram uns cinco ou seis.
 b. disse não saber quem eram, porque ficou tapado.
 c. o paciente disse que três estavam na operação e duas auxiliando.
- N.5.
 a. não saber o nome dos médicos.
 b. Eram dois na cirurgia.
 c. uma enfermeira na SO.
 d. uma médica (anestesiologista).
- O.5.
 a. Estagiário.
 b. o residente, o L F.
 c. a dra. S que me fez a cirurgia, são os que eu conheço ali.
 d. Tinha outros né, o anestesista.
 e. outra residente.
 f. a gurja que me preparou que já era conhecida minha, que é da mesma cidade.
 g. Tinha outro rapaz moreno.
 h. uma moça que aplicou a anestesia que tava junto com ele.
 i. um médico que não vi o rosto porque já tava deitada quando ele entrou, mas eu sei que tinha.
- Q.5.
 a. duas N.
 b. uma moreninha, bonitinha, agradável, não sei como é o nome dela.
 c. O Dr. M.
 d. tinha outra moça, mas eu não lembro o nome.

Quadro com os indicadores de respostas à questão: "sentiu-se cuidado por quem?".

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- DESCRIÇÃO DE CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DAS PESSOAS	O8
- NOME DAS PESSOAS	O7
- ANESTESISTA	O4
- TODOS	O2
- MUITA GENTE À MINHA VOLTA	O2
- UM MÉDICO QUE NÃO VI O ROSTO PORQUE ESTAVA DEITADA QUANDO ELE ENTROU, MAS EU SEI QUE TINHA.	O1
- ESTAGIÁRIO	O1
- RESIDENTE	O1
- NÃO SABER O NOME, MAS QUE ERAM DOIS NA CIRURGIA, UMA ENFERMEIRA E UMA ANESTESISTA	O1
- NÃO SABER QUEM ERAM, POIS ESTAVA TAPADO, MAS QUE, TRÊS ESTAVAM NA CIRURGIA E DUAS AUXILIANDO	O1
- O DOUTOR S, MEU MÉDICO	O1
- TRÊS ENFERMEIRAS	O1
- NÃO LEMBRAR O NOME DE TODOS, ERAM MUITOS	O1

SITUAÇÕES EM QUE OS PACIENTES SE SENTIRAM BEM CUIDADOS

- A.6.a. ter todas as pessoas na volta, os médicos, as enfermeiras.
- A.6. b. ter as pessoas à sua cabeça, olhando-a.
- B.6. b. eles terem o cuidado com o aparelho de medir a pressão, do coração.
- B.6. c. anestesista ter ficado controlando a pressão, o coração.
- C.6. c. a paciente referiu sensação de alívio e tranquilidade, achou legal quando viu o Dr. A entrar na SO.
- E.6. a. desde que entrou no CC.
- E.6. b. todos foram muito carinhosos com ela.
- E.6. c. fizeram tudo direitinho.
- F.6. a. ser melhor tratada é impossível.
- F.6. b. eles a trataram a como se fosse da família deles.
- I.6. --
- J.6. a. não a deixaram sozinha.
- J.6. b. foi sempre bem atendida por todos.
- L.6. b. tudo que recebeu no C.C. foi especial.
- M.6. não lembra de uma situação de ter sido bem cuidado.
- N.6. a. não lembra de uma situação de ser bem cuidada.
- N.6. c. começaram a conversar com ela, por ela estar apavorada.
- O.6. a. numa hora que ela tava sentindo dor, eles tentaram acalmá-la dizendo coisas: "te acalma que vai ser ligeiro".
- Q.6. a. eles transmitem calma.
- Q.6. b. eles dizem bobagens... procuram né, distrair a gente.
- A.7. b. sentia-se com Deus.
- A.7. c. sentia os médicos com ela.
- A.7. d. sentia que ia sair com vida da cirurgia.
- A.7. e. sentiu que estavam lutando pela sua vida.
- A.7. f. sentiu-se contribuindo na luta pela sua vida.

Quadro com os indicadores de respostas à questão : "situações em que os pacientes se sentiram bem cuidados".

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- NÃO LEMBRA DE UMA SITUAÇÃO DE TER SIDO BEM CUIDADO	02
- CONVERSARAM COM ELA	02
- TER TODAS AS PESSOAS NA VOLTA	01
- TER AS PESSOAS NA À SUA CABEÇA, OLHANDO-A	01
- TEREM O CUIDADO COM OS EQUIPAMENTOS	01
- O ANESTESISTA TER FICADO CONTROLANDO A PRESSÃO, O CORAÇÃO	01
- SENTIR ALÍVIO E TRANQUILIDADE QUANDO VIU SEU MÉDICO ENTRAR NA SO	01
- DESDE QUE ENTROU NO CC	01
- TODOS FORAM MUITO CARINHOSOS COM ELA	01
- SENTIA-SE COM DEUS	01
- ELES DIZEM BOBAGENS... PROCURAM NÉ, DISTRAIR A GENTE	01
- ELES TRANSMITEM CALMARIA	01
- TUDO QUE RECEBEU NO CC FOI ESPECIAL	01
- FOI SEMPRE BEM ATENDIDA POR TODOS	01
- FIZERAM TUDO DIREITINHO	01
- SER MELHOR TRATADA É IMPOSSÍVEL	01
- SENTIU QUE IA SAIR COM VIDA DA CIRURGIA	01
- SER MELHOR TRATADA É IMPOSSÍVEL	01
- SENTIU OS MÉDICOS COM ELA	01
- SENTIU QUE ESTAVAM LUTANDO PELA SUA VIDA	01
- SENTIU-SE TRATADA COMO SE FOSSE DA FAMÍLIA DELES	01
- NÃO A DEIXARAM SOZINHA	01

SITUAÇÕES NAS QUAIS OS PACIENTES NÃO SE SENTIRAM BEM CUIDADOS:

- A.7. a. não houve nenhuma situação de não-cuidado.
- B.7. b. a paciente acha que nem foi uma falta de atenção, mas, ficou sozinha no corredor do CC e sentiu medo.
- C.7. a. não se sentiu não cuidada, em nenhum momento.
- C.7. d. não teve nada no CC pra marcar como negativo.
- E.7. a. não houve nenhuma situação de não cuidado com ela no CC.
- F.7. a. não tem lembrança de uma situação em que não foi bem cuidada.
- I.7. a. não houve uma situação de não cuidado.
- I.7. c. era o anestesista que estava nervoso. Ele tava brabo. Até pensei: "será que vai sobrar p'ra mim?" a paciente disse que com ela não teve problema.
- J.7. não houve uma situação de não cuidado.
- L.7. não lembrou de alguma situação de não ter sido bem cuidada.
- M.7. não houve uma situação de não cuidado.
- N.7. b. não lembrou de uma situação de não cuidado.
- O.7. E la sentiu ardência no local da punção venosa e disse pro anestesista que tava fora e ele disse que era assim mesmo e quando ela chegou no quarto a enfermeira foi ver e tava fora do lugar. Foi a única coisa que não foi bem.
- Q.7. a. não houve situação de não cuidado.
- Q.7. h. o CC não apresentou nada de negativo.

Quadro com os indicadores das respostas à questão: "situação nas quais os pacientes não se sentiram bem cuidados".

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- NÃO HOUVE SITUAÇÃO DE NÃO CUIDADO	01
- NÃO TEVE NADA NO CC PARA MARCAR COMO NEGATIVO	02
- NEM FOI UMA FALTA DE ATENÇÃO, MAS FIQUEI SOZINHA NO CORREDOR E SENTI MEDO	01
- O ANESTESISTA É QUE ESTAVA NERVOSO E BRAVO - "SERÁ QUE VAI SOBRAR PARA MIM?"	01
- A PACIENTE SENTIU ARDÊNCIA NO LOCAL DA PUNÇÃO VENOSA E O ANESTESIOLOGISTA DISSE-LHE QUE ERA ASSIM MESMO, MAS O SORO ESTAVA FORA DA VEIA.	01

IV - REORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO DAS QUESTÕES ABERTAS POR SEMELHANÇAS DE SIGNIFICADOS - CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS

Presença : sempre que o paciente referir-se a alguma pessoas da equipe

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- QUE TODAS AS PESSOAS NO CC FORAM ÓTIMAS	06
- TINHA MUITA GENTE NA MINHA VOLTA	03
- SENTIU OS MÉDICOS COM ELA	01
- ACHOU LEGAL QUANDO O DR. A ENTROU NA SALA	01
- QUE NÃO A DEIXARAM SOZINHA	01
- ENCONTROU UMA COLEGA DE COLÉGIO	01

Conforto: sempre que o paciente fizer referência à alívio de sensações, dor , penas

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- QUE FOI BEM ATENDIDA NO CC	20
- REFERIU SENSÇÃO DE ALÍVIO QUANDO VIU O DR. A ENTRAR NA SALA	01
- NUM MOMENTO DE DOR, ELES TENTARAM ACALMÁ-LA	01

Satisfação de necessidades: referência à situações de exigência biológica, mental

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- NÃO TEM QUEIXA NENHUMA DO CC	02
- QUE SENTIU-SE FELIZ COM O ATENDIMENTO	01
- BUSCARAM UMA COBERTA E COLOCARAM-NA SOBRE A PACIENTE	01
- NÃO TIVERAM DIFICULDADE ALGUMA EM ATENDÊ-LA QUANDO SOLICITOU ALGO	01
- SENTIU O QUE LHE DAVAM COMO MUITO IMPORTANTE	01

Atenção:

INDICADOR	Nº DE REGISTROS
- TODOS FORAM MUITO ATENCIOSOS	03

Proteção e Ajuda: sempre que o paciente fizer referência à situação de auxílio, amparo.

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- ESTAVA EM PÂNICO E ELES FIZERAM DE TUDO PARA ACALMÁ-LA	OI
- FOI COLOCADA NA MESA, E FOI ARRUMADA PELO ANESTESIOLOGISTA	OI
- TER AS PESSOAS À SUA CABEÇA, OLHANDO-A	OI
- SENTIU AS PESSOAS DANDO-LHE TUDO	OI

Esperança e Fé: sempre que o paciente se referir ao ato de esperar o que deseja, fé.

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- SENTIA-SE COM DEUS	OI
- SENTIU QUE ESTAVAM LUTANDO PELA SUA VIDA	OI
- SENTIU QUE IA SAIR COM VIDA DA CIRURGIA	OI

Tecnologia:

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- ACHOU IMPORTANTE ELES TEREM O CUIDADO COM OS APARELHOS DE MEDIR A PRESSÃO, O CORAÇÃO	OI

Preocupação: sempre que o paciente se referir a situação onde foram observados zelo, atenção

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- TER FICADO CONTROLANDO A PRESSÃO, O CORAÇÃO - ANESTESISTA	OI
- FIZERAM TUDO DIREITINHO	OI
- TUDO QUE RECEBEU FOI ESPECIAL, TÃO ESPECIAL QUE NEM SENTIU SER ANESTESIADA.	OI
- ESTAVAM TODA HORA CONVERSANDO, PARA NÃO DEIXAR QUE FICASSE NERVOSA	OI
- A PACIENTE SENTIU QUE SEU CASO ERA DE RISCO	OI

Facilitação: ato ou efeito de remover dificuldades ou obstáculos

INDICADOR	Nº DE REGISTRO
- MELHOR TRATAMENTO É IMPOSSÍVEL	O1

Tranquilidade: sempre que o paciente se referir à situações de paz de espírito, serenidade, paz, calma.

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- ELES CONVERSAVAM E ME ACALMAVAM COM O QUE DIZIAM	O3
- SENTIU-SE SUPER BEM NO CC	O1
- ELES TRANSMITEM CALMARIA	O1
- ACHAVA QUE NINGUÉM GOSTARIA DE VER SANGUE NUMA SALA ONDE SERIA OPERADA	O1
- AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS NÃO FIZERAM A PACIENTE "PASSAR POR AQUELA COISA QUE A GENTE SABE QUE VAI PASSAR"	O1
- SENTIU QUE TERIA DUAS N CUIDANDO-A	O1
- A PACIENTE SENTIU-SE TRANQUILA QUANDO VIU O DR. A ENTRAR NA SALA	O1

Carinho: quando há referência à desvelo, cuidado, afago, meiguice.

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- TODOS FORAM MUITO CARINHOSOS	O6
- FOI TRATADA COMO SE FOSSE DA FAMÍLIA DELES	O1
- RECEBEU UM CARINHO ESPECIAL	O1
- A ACALMAVAM COM GESTOS DE CARINHO	O1

Segurança: quando o paciente faz referência à condições daquele ou daquilo em que se pode confiar.

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- SENTIU AS PESSOAS DANDO-LHE SEGURANÇA	O2
- QUANDO OLHEI E VI A N...SEMPRE TEM UMA COISINHA	O1
- ESTAVA APAVORADA E ELES CONVERSARAM COM ELA	O1
- É TER TUDO CERTINHO	O1

Ausência:

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- FICOU SOZINHA NO CORREDOR	OI

Desatenção

INDICADORES	Nº DE REGISTROS
- TEM MEDO DE FICAR SOZINHA EM CORREDOR E FICOU	OI
- O ANESTESISTA É QUE ESTAVA NERVOSO E BRAVO. - "SERÁ QUE VAI SOBRAR PARA MIM?"	OI
- A PACIENTE SENTIU ARDÊNCIA NO LOCAL DA PUNÇÃO VENOSA E O ANESTESIOLOGISTA DISSE-LHE QUE ERA ASSIM MESMO, MAS O SORO ESTAVA FORA DA VEIA	OI

V - AGRUPAMENTO DAS CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS - CATEGORIAS FINAIS

Satisfação de necessidades - Proteção - Ajuda = *Categoria final 1* = CUIDADO COMO IMPERATIVO MORAL OU IDEAL

Presença - Tranquilidade - Carinho = *Categoria final 2* = CUIDADO COMO SENTIMENTO

Atenção - Segurança = *Categoria final 3* = CUIDADO COMO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Tecnologia - Preocupação - Conforto = *Categoria final 4* = CUIDADO COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Facilitação = *Categoria final 5* = CUIDADO COMO CARACTERÍSTICA HUMANA