



***Representações Sociais
dos Pacientes Cirúrgicos -
Uma Reflexão sobre o Medo da Cirurgia***

ROSENARA BERLEZE PENNA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES
CIRÚRGICOS – UMA REFLEXÃO SOBRE O
MEDO DA CIRURGIA**

**ROSENARA BERLEZE PENNA
ORIENTADORA: DR.^a MARIA TEREZA LEOPARDI**

**FLORIANÓPOLIS – SC
JUNHO 1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES
CIRÚRGICOS – UMA REFLEXÃO SOBRE O
MEDO DA CIRURGIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Assistência de Enfermagem.

ROSENARA BERLEZE PENNA

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1999

P412r Penna, Rosenara Berleze
Representações sociais dos pacientes cirúrgicos –
uma reflexão sobre o medo da cirurgia / Rosenara
Berleze Penna. – Florianópolis, 1999.
105 p. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Santa Catarina, 1999.

1. Enfermagem 2. Enfermagem – Cirurgia 3.
Enfermagem – Cuidado pré-operatório 4. Enfermagem –
Paciente cirúrgico 5. Enfermagem – Representações
sociais 6. Paciente cirúrgico – Medo da cirurgia I.
Título.

CDU: 616-083
616-083:617-089

Ficha catalográfica elaborada por
Rosa Maria Fritsch Feijó CRB-10/662
Biblioteca Central – UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM


**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES
CIRÚRGICOS – UMA REFLEXÃO SOBRE O
MEDO DA CIRURGIA**

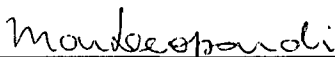
ROSENARA BERLEZE PENNA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM sendo aprovada em 25 de junho de 1999 e, atendendo às normas de legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

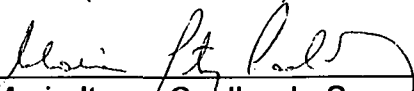
UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

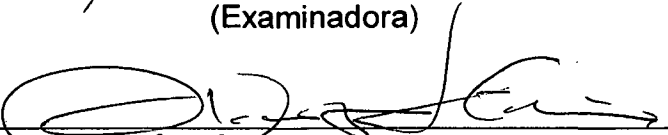

Prof.ª. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora


Prof.ª. Dr.ª. Maria Tereza Leopardi
(Presidente/Orientadora)


Prof.ª. Dr.ª. Elisabeta Albertina Nietsche
(Examinadora)


Prof.ª. Dr.ª. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
(Examinadora)


Prof.ª. Dr.ª. Maria Bettina Camargo Bub
(Examinadora)


Prof.ª. Dr.ª. Alacoque L. Ermann
(Examinadora/Suplente)

**Ao meu esposo
Renan e à
minha filha
Giana que, com
suas forças,
iluminaram-me nesta
trajetória trilhada,
e a todos que amam
fazer enfermagem,
dedico
este trabalho**

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas às pessoas que colaboraram diretamente ou indiretamente para que eu realizasse este trabalho, e em especial,

A DEUS que, nesta etapa de minha vida, sempre iluminou o meu caminho, me concedeu força, saúde e sabedoria para seguir em frente.

Ao meu esposo RENAN, companheiro e incentivador que, na sua maneira calma e compreensiva, propiciou-me condições para que pudesse desenvolver este trabalho. Obrigado pelo amor e paciência que sempre nos acompanhou e nos acompanhará.

À minha querida filha GIANA, que sempre foi compreensiva, meiga e soube compreender-me durante essa minha trajetória. Obrigado por tudo, porque tu és uma filha que toda mãe gostaria de ter.

Aos meus pais DILO e NAIR, obrigado por terem investido em mim, e por terem propiciado condições para que pudesse ir em frente nessa caminhada.

À minha família, que sempre esteve presente renovando minhas forças. Obrigado por existir em minha vida.

À mestre, amiga e orientadora TETÊ que, por acreditar em mim, ajudou-me em momentos muito difíceis. Incentivou-me e auxiliou-me na construção deste trabalho, com muita ética, carinho e sensibilidade. Você é um exemplo de ser humano.

À minha amiga BETA, que sempre me apoiou em todos os momentos desta caminhada. O meu muito obrigado pelo teu exemplo de companheirismo.

À minha amiga VÂNIA BACKES, o meu respeito e carinho por ter tido oportunidade de tê-la ao meu lado, uma pessoa humana, como você.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) – Bagé, e a Instituição URCAMP, o meu muito obrigado pelo apoio e incentivo.

Às colegas do HOSPITAL DE CARIDADE DR. ASTROGILDO DE AZEVEDO, UBALDINA, MARIA LUÍZA, DÉBORA, CÍNTIA ... a vocês o meu

agradecimento pelo incentivo, pelas colaborações que a cada dia me propiciavam.

A todos os MESTRES que com sua experiência, conhecimento e boa vontade auxiliaram-me na minha caminhada para a busca cada vez mais, de meu engrandecimento pessoal e profissional.

A REPENSUL, a COORDENAÇÃO e FUNCIONÁRIOS da Pós-Graduação da UFSC, o meu profundo agradecimento pelo convívio familiar proporcionado.

Finalmente, eu gostaria de agradecer aos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa. O meu muito obrigado por compartilharem comigo momentos desta trajetória. Vocês serão inesquecíveis.

RESUMO

Neste estudo é apresentado uma análise das Representações Sociais dos pacientes cirúrgicos, em especial aquelas que podem produzir sentimentos como o medo. O Referencial Teórico utilizado para sustentar o trabalho e os objetivos propostos está apoiado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici, em conceitos sobre o medo e cuidados pré-operatórios de Enfermagem. O caminho metodológico constitui-se de análise qualitativa de conteúdo através de entrevistas, com quarenta e quatro pacientes submetidos a intervenções de médio porte cirúrgico e eletiva. Desses entrevistados, vinte e quatro não usaram indutor de sono para cirurgia. O cenário da escolha foi um hospital de porte grande, localizado em Santa Maria – RS. Constituiu-se da pré-análise, etapa de organização do material para ajudar nas leituras prévias das entrevista, e também, da identificação de registros que originam as categorias de análise, propiciando a interpretação dos dados desses pacientes. Foram também estabelecidos os critérios de análise, de classificação e de categorização. Os dados codificados partiram de unidades de registros que permitiram classificar a Ancoragem, a Objetivação, e conseqüentemente, as Representações Sociais dos pacientes cirúrgicos. Nas representações, o medo apareceu como fator preponderante, oriundo da falta de informação. A confiança no sistema, a religiosidade, a informação própria, do familiar e do profissional foram destacadas como âncoras para a ausência do medo. A partir desses elementos, foi possível tecer algumas considerações acerca do Pré-Operatório relacionado ao trabalho da Enfermagem, na perspectiva de conhecer o senso comum dos pacientes a respeito da sua situação, amenizando a possível presença do medo.

ABSTRACT

This work concerns the Social Representations of surgical patients that can represent feelings like fear. The theoretic referencial used to argue the work and its objectives is supported on the Social Representation Theory, by Serge Moscovici, as well as the definitions of fear and other Nursing Pre-Surgical procedures. The work was realized by means of qualitative analysis of interviews made with forty-four patients with medium importance surgical procedure and non-emergency surgical procedure. Among them, twenty-four patients did not use a sleep inductor. The chosen place was a large hospital in Santa Maria-RS. The methodology employed is formed by pre-analysis and compilation of results. The analysis criteria was established as well as the type of data sorting. The data were sorted according to anchorage, objectification and social representation of the surgical patients. Fear came up as the most important factor as a result of a misinformation. The trust on the system, the religious aspect, and the information provided to the patient were identified as the true reasons for the lack of fear. Based on that, the present work made a few considerations regarding the Nursing Pre-Surgical procedure seeking the knowledge of that patients about their situation in order to minimize the possible fear.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO	xi
ABSTRACT	xvi
LISTA DE QUADROS	xxiii
LISTA DE FIGURAS	xxvii
1 INTRODUZINDO À TEMÁTICA	1
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	7
2.1 Teoria das Representações Sociais - Idéias e proposições de Serge Moscovici	9
2.2 Medo – elemento integrante da vida do ser humano	24
2.3 Pré-operatório – um espaço importante para atuação dos profis- sionais de enfermagem	32
3 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
3.1 Sujeitos informantes e local do estudo	44
3.2 Técnicas utilizadas para a coleta de dados	45
3.3 Análise dos dados	48
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	101

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Procedência dos pacientes entrevistados	54
QUADRO 2 -	Residência atual dos pacientes entrevistados	55
QUADRO 3 -	Origem cultural dos pacientes entrevistados	56
QUADRO 4 -	Registro de ancoragem dos entrevistados na R.S. sobre o medo do ato cirúrgico	57
QUADRO 5 -	Registros de ancoragem positiva dos entrevistados ...	62
QUADRO 6 -	Registros de ancoragem negativa dos entrevistados .	64
QUADRO 7 -	Registros de possibilidades de objetivação dos entrevistados	65
QUADRO 8 -	Registros de representação dos entrevistados que prestaram informações no pré-operatório em relação ao ambiente do centro cirúrgico	67
QUADRO 9 -	Registros das condições emocionais referenciados pelos entrevistados	73
QUADRO 10 -	Profissionais que prestaram informações no pré-operatório, referido pelos pacientes	74
QUADRO 11 -	Registros dos fatores associados pelos entrevistados ao processo do medo	76
QUADRO 12 -	Expectativas dos entrevistados sobre o seu momento cirúrgico	78
QUADRO 13 -	Necessidades dos entrevistados sobre o seu momento cirúrgico	79
QUADRO 14 -	Referência à família pelos pacientes entrevistados	80
QUADRO 15 -	Necessidade de orientações pré-operatórias de enfermagem relatadas pelos entrevistados no pós-operatório	81

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Formação das R.S. na concepção da autora desse trabalho baseado em Serge Moscovici	23
FIGURA 2 - Formação das R.S. dos pacientes cirúrgicos, em relação ao ambiente do centro cirúrgico	72

1. INTRODUZINDO À TEMÁTICA

Na tentativa de repensar o trabalho de enfermagem em centro cirúrgico, mais solidário e humano, confronto-me com a presença do medo por parte dos pacientes que se submetem ao momento cirúrgico.

Essa situação tem revelado o quão temeroso o paciente pré-cirúrgico chega ao centro cirúrgico, apresentando-se sério, tenso e, muitas vezes, chocado, necessitando que lhe ofereçam um olhar tranqüilo, força, apoio e compreensão.

Diante dessa situação vivenciada no dia-a-dia, surgiram diversos questionamentos: como foi realizado o cuidado de enfermagem no pré-operatório, já que esses pacientes têm apresentado diferentes comportamentos ao entrar no centro cirúrgico? O que representa para ele essa entrada no centro cirúrgico? Qual é sua expectativa quanto ao ambiente e aos profissionais do centro cirúrgico? Será que esses pacientes fantasiam o procedimento cirúrgico e acabam inseguros, revelando o medo?

Essas e outras perguntas vêm reforçar as minhas inquietações, que persistem nos últimos anos, enquanto docente de enfermagem em uma unidade cirúrgica e centro cirúrgico, por acreditar na possibilidade de uma práxis de enfermagem mais crítica e contextualizada, não esquecendo a fragilidade do ser humano. No cuidado de enfermagem no pré-operatório, parece haver uma grande lacuna no que se refere à compreensão das representações que cada ser humano carrega no enfrentamento da situação do medo em relação ao ato cirúrgico.

Para ir ao encontro dessas dificuldades, foi necessário analisar os vários medos carregados pelos pacientes pré-cirúrgicos para o enfrentamento do momento, os quais ajudaram a determinar as suas representações.

Delumeau (1993) diz que o medo sempre existiu na vida do ser humano. Até meados do século XVIII, esse sentimento sempre foi camuflado em todas as partes do mundo. A sociedade, na época, tinha como objetivo exaltar os heróis que a dirigiam.

Já no fim deste século e início do século XIX, a literatura progressista

restituía o medo ao seu verdadeiro lugar. Considerava o medo como algo que sempre permeou a vida do ser humano e, ainda mais, julgava-o como um componente importante na experiência humana.

Delumeau (1993, p. 19) diz que o medo “é uma defesa essencial, uma garantia contra os perigos, um reflexo indispensável que permite ao organismo escapar provisoriamente à morte”.

Na verdade, o medo é uma emoção de afastamento e envolve uma fuga de perigo. Como o mundo sempre esteve cheio de perigos potenciais, o medo sempre foi uma emoção comumente experimentada e indispensável na vida do ser humano.

Atualmente, esse sentimento, considerado como um dos mais comuns no dia-a-dia do ser humano, torna-se mais claro e visível, quando se trata da saúde de uma pessoa, com possibilidade da presença de perigo de vida.

A preocupação com o medo na saúde tem-se confirmado com maior intensidade, visto que temos, em nossa literatura, diversos autores que trabalham esse sentimento. Hense (1987) considera que a maioria dos pacientes no pré-operatório enfrentam esse temor. Muitos desses temores estão relacionados com as mais diversas situações, ou seja, a anestesia, o morrer, a cirurgia, o deixar e ser deixado, e nós, da enfermagem, em muitos sentidos não valorizamos essa realidade, na prática.

Bub et al. (1991) realizou um estudo com oito pacientes cardíaco-cirúrgicos, utilizando a classificação diagnóstica da NANDA¹. Evidenciou-se um elevado nível de ansiedade e medo nesses pacientes, o que demonstrou serem as manifestações emocionais mais freqüentes nessa situação de cirurgia cardíaca. A morte e a cirurgia foram as duas características mais identificadas como causadoras do medo nesses pacientes, perfazendo um total de sessenta por cento em relação às outras características que surgiram durante os cuidados a eles prestados.

¹ NANDA – North American Nursing Diagnosis Association.

A busca das R.S. junto aos pacientes pré-cirúrgicos, ajudou a descortinar algo da história de sua vida, referente a experiências familiares e não-familiares relacionadas ao seu momento cirúrgico.

A partir desse processo reflexivo, propus a pesquisa dessa temática, sustentada, basicamente, pela Teoria das Representações Sociais (R.S.), de Serge Moscovici.

Para esse autor a R.S. é uma mistura de conceitos, imagens e percepções originadas no cotidiano, no discurso de comunicações inter-individuais e coletivas, que caracterizam, no conjunto, as categorias das R.S.

Outra consideração relevante sobre R.S. é que o ato de representar deve ser analisado como processo ativo, como uma reconstrução do dado, através de contexto de valores, reações e regras, imersas no meio social do ser humano.

O objetivo de elucidar as representações do paciente cirúrgico é tornar o que é familiar e o que não é familiar de toda a situação cirúrgica numa dinâmica em que os objetos sejam reconhecidos, compreendidos, conforme situações vivenciadas pelo paciente ou por outras pessoas que já passaram pelo momento da cirurgia.

A importância dessa teoria neste trabalho é que ela realiza o elo entre o saber oficial (ciência) e o saber popular (senso comum) do paciente cirúrgico, resgatando e valorizando esses saberes para o enfrentamento de sua situação. Ajuda a canalizar as trocas que existem entre ele e a realidade que o cerca, permitindo evidenciar as complexas relações existentes entre o biológico e o social de cada ser humano.

Acredita-se que a teoria da R.S. seja um campo fértil para estudos relacionados com a área do centro cirúrgico. As representações sobre o ato cirúrgico, contudo, transcendem o medo, ou seja, o medo é um dos seus componentes, podendo ser resignificado positivamente, se observada a sua presença.

O interesse da pesquisa, apoiada nesta teoria, tomou forma no

delineamento da idéia desta dissertação, em decorrência da dificuldade de se encontrarem textos que abordam sobre essa temática e, também, pela contribuição que essa teoria oferece para este estudo. Houve motivação para optar por este estudo, visando proporcionar uma intervenção solidária e humana em relação à orientação e acompanhamento do ato cirúrgico, possibilitando, assim, ir além do modelo assistencial² que vem sendo desenvolvido no cotidiano da assistência de enfermagem no centro cirúrgico.

A questão focalizada como central neste estudo visa conhecer **quais as R.S. das pessoas com relação ao medo ao enfrentar o ato cirúrgico**. Para isso, fez-se necessário:

- Caracterizar as representações sociais dos pacientes sobre o ato cirúrgico, em especial aquelas que podem produzir sentimentos como o medo.

Tendo em vista esse objetivo, apresento este trabalho em capítulos. Nos dois primeiros capítulos, apresento a Temática e a Sustentação Teórica. Inicialmente situo o tema em estudo, e posteriormente resgatando as contribuições já existentes na literatura. No terceiro capítulo, descrevo a trilha metodológica utilizada dentro de uma abordagem qualitativa. No quarto capítulo, apresento e discuto os dados levantados através do discurso dos pacientes no seu pré e pós-operatórios. Por último, apresento as reflexões finais.

² Modelo Assistencial aqui significa a forma como tradicionalmente vem se desenvolvendo a assistência à saúde, compreendida como modelo médico-curativista.

2. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Muito já se escreveu e ainda se escreve sobre paciente em centro cirúrgico. Várias óticas ou enfoques deste tema são explorados nas diversas áreas do conhecimento humano.

No entanto, algumas lacunas se apresentam, entre as quais o esclarecimento sobre as Representações Sociais que possam ser determinantes na geração de percepções e sentimentos negativos sobre o centro cirúrgico e a cirurgia.

Não acredito que sejam questões ligadas apenas a aspectos subjetivos, embora possa entender que há formas particulares de reação a esta situação. O mistério que cerca um evento, realizado durante momentos de inconsciência ou sonolência, constitui-se, provavelmente, na razão mais forte para a ansiedade e o medo.

O presente estudo considera essa situação, com a perspectiva de desvendar o medo do ato cirúrgico, utilizando a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, como recurso teórico-metodológico apropriado para a compreensão desta realidade.

Além dessa teoria, serão incluídas proposições de outros autores como suporte instrumental, para fundamentar a análise proposta e propiciar uma melhor condução dessa pesquisa.

2.1 Teoria das Representações Sociais – Idéias e proposições de Serge Moscovici

Diante da opção por trabalhar com a Teoria das Representações Sociais, busco no psicólogo francês Serge Moscovici o apoio necessário para abordar a proposta. Não pretendo esgotar os conteúdos dessa teoria, mas sim chamar a atenção para alguns fatos que, de alguma forma, contribuíram para Moscovici construir a Teoria das Representações Sociais (T.R.S.).

Seu conceito fundamental, as **representações sociais**, constitui-se

numa versão contemporânea do senso-comum, produzindo e determinando comportamentos (Moscovici, 1981).

Essas representações são construídas e compartilhadas pelos seres humanos, na sociedade, através de palavras, de sentimentos, de condutas, de crenças e informações, carregadas no seu cotidiano.

Para Escudeiro & Silva (1997), essas condutas estão inseridas em três dimensões: cognitiva, afetiva e social. A cognitiva está voltada para a construção do saber social. A afetiva tem relação com o simbólico e imaginário desses saberes, os quais afloram à dimensão dos afetos, fazendo com que os sujeitos sociais concentrem-se no seu meio, com emoção, sentimento e paixão. Essa significação simbólica faz parte do ser humano, sendo, ao mesmo tempo, um ato de conhecimento e um ato afetivo, como partes das Representações Sociais e está na realidade social de cada ser humano, em nossa sociedade. A social, ainda, estabelece-se na própria constituição compartilhada das imagens registradas sobre a realidade conhecida.

Essas considerações iniciais constituem-se num fio condutor, que permite seguir o processo de aparecimento da maioria dos elementos formadores das representações sociais, pela investigação das referências que determinados grupos têm, diante de uma situação que emerge em sua vida.

A origem da T.R.S. remonta à II Guerra Mundial, quando os teóricos já tinham consciência da existência de níveis de fenômenos que poderiam ser abordados para o dia-a-dia do ser humano. Consideravam o que se referia à cultura, como nível individual, e o que compreendia à sociedade, como nível coletivo. A dissociação dos dois níveis foi motivo de estudo de muitos teóricos.

Segundo Farr (1994), o primeiro foi Wilhelm Wundt, fisiólogo e psicólogo alemão, por volta de 1879, quando estabeleceu uma distinção entre psicologia fisiológica e "Volkerpsychologie" (psicologia do povo). Esta última, em termos amplos, equivaleria à cultura. Tinha a concepção de que

investigar o indivíduo no seu interior era da Psicologia. Os fenômenos mentais coletivos, como linguagem, religião, costumes, mito e fenômenos correlatos, eram manifestações externas da mente, sem condições de serem estudados por meio de introspecção. Acreditava que um indivíduo não poderia inventar uma língua ou uma religião. Esses fenômenos surgiam da interação entre as pessoas.

Farr (1994) afirma que outro teórico foi Gustave Lebon (1895), sociólogo e psicólogo social francês, que procurou sistematizar as reações comuns das pessoas como a timidez, a emotividade, entre outras, fazendo distinção entre o indivíduo e as massas. Ao confrontar a racionalidade do indivíduo com a irracionalidade das massas, Le Bon ajudou a estabelecer um elo entre a Psicologia Social e a Psicopatologia. Assim procedendo, preparou o campo para a constituição da Psicologia Social.

Em torno de 1900, Sigmund Freud, médico austríaco, neurologista e psiquiatra, fundador da Psicanálise, já havia desenvolvido a base de sua teoria (a sexualidade infantil, a repressão, o inconsciente e as origens sexuais da Psicologia) e, ao encontrar resistência em determinados pacientes, também desenvolveu suas técnicas de livre-associação e transferência e uma teoria social da mente humana. Tratou o indivíduo clinicamente e desenvolveu uma crítica psicanalítica da cultura e da sociedade. Escreveu sobre esses fenômenos, tanto ao nível do individual, como do coletivo.

Escudeiro & Silva (1997) afirmam que, no período de 1895 e 1898, o sociólogo e psicólogo francês Gustave Le Bon e o sociólogo francês, pioneiro da Sociologia, Émile Durkheim, configuraram o trabalho de forma nova, ao estabelecerem diferenças entre o nível individual e coletivo, passo importante para se entender o lugar do trabalho na vida das pessoas, como atividade produtora de significados.

Durkheim combinou com sucesso a pesquisa empírica com a teoria sociológica e foi o primeiro a fazer a análise sistemática de um fato social - o suicídio. Tornou-se de seu interesse estudar a sociedade, enquanto

Wundt se interessou em estudar a cultura.

Durkheim estabeleceu uma forte distinção entre a Sociologia (estudo das representações coletivas) e a Psicologia (o estudo das representações individuais), que acabaram possibilitando um novo campo de estudo para Moscovici, através das representações sociais. Ao utilizar a Psicologia Social, admitiu a coexistência dessas duas formas para a produção de conceitos, adotados como verdades, e que se constituíam em bases para as decisões cotidianas das pessoas. Aquele autor se opôs à psicologia do indivíduo, pois estava interessado em estudar a sociedade, mais que a cultura. Para ele, os fatos sociais somente poderiam ser explicados em função de outros fatos sociais.

Assim, Moscovici foi buscar na sociologia durkheimiana, um primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana, uma vez que condena esta tradição dominante, por se ocupar basicamente dos processos psicológicos individuais, deixando de olhar as relações informais e cotidianas do ser humano, em um nível mais propriamente social ou coletivo.

Escudeiro & Silva (1997) abordaram que o filósofo, psicólogo e historiador americano, George Herbert Mead (1934), pesquisou intensamente as relações entre pessoa, sociedade e cultura. Contribuiu, através de suas idéias, para a discussão sociológica da relação do indivíduo com a sociedade, com a Psicologia Social e, também, com a Antropologia Cultural, que acabou trabalhando no nível individual e coletivo. Nos trabalhos de Mead, dois aspectos podem ser destacados como relevantes para T.R.S.. O primeiro é sua ênfase na importância da linguagem, para se compreender a natureza humana. O segundo é a posição de Mead em relação à distinção que Wundt faz entre Psicologia Fisiológica e Social. Essa antítese foi solucionada, produzindo uma síntese, ou seja, a Psicologia Social.

Já Floyd H. Allport (1937), psicólogo americano, difere de todos esses autores acima descritos, quando afirma que não é necessário mudar-

se o modelo, quando se passa do individual ao coletivo. Contribuiu com a difusão das pesquisas de opinião na América do Norte, a partir de 1930, repercutindo numa especificação da Psicologia Social, numa época em que as pesquisas das ciências do comportamento eram predominantes (Farr, 1994).

Moscovici (1989) se contrapõe à forma como Allport considera as pesquisas sobre opinião e atitude, pois a coleta de informações é estática e descritiva. Moscovici propõe a representação social para substituir esses termos, pois ela é um recurso sócio-cultural, que aborda as significações, compensando lacunas de conhecimento, a respeito de tudo que tem interesse coletivo.

Allport teve uma influência muito grande sobre todos os outros teóricos acima, no que diz respeito ao desenvolvimento da Psicologia Social na América do Norte e sobre as formas de interpretação psicológicas da Psicologia Social que são, hoje, dominantes nos EUA.

Todos esses estudiosos mencionados, de uma ou de outra forma, influenciaram na construção da T.R.S., de Serge Moscovici. Dentre esses teóricos, Durkheim foi o autor do qual Moscovici resgatou o conceito esquecido de representações coletivas. Considerava, porém, que a visão Durkheimiana de Representações eram abordadas de uma forma estática, correndo o risco de bloquear a possibilidade cognitiva do ser humano. Por isso, a proposta de Moscovici é a de que a Psicologia Social seja capaz de ver um fenômeno no que antes era visto um conceito.

Em vista disso, Moscovici retoma e remodela o conceito das representações coletivas de Durkheim, através de estudos de representação da criança, elaborados por Piaget, isto é, a criança constrói seus universos, utilizando símbolos e significados, fazendo com que a imaginação apareça no pensamento social de cada uma.

Escudeiro & Silva (1997) relatam que Moscovici baseou-se, ainda, na teoria sexual das crianças, desenvolvida por Freud, quando afirma que a internalização, de natureza psíquica, infunde realidade aos símbolos e

significados deixados em nossas vidas, a partir da infância.

Dessa maneira, introduziu o conceito de representação social na Psicologia Social, alicerçado nessas teorias e, ao mesmo tempo, através do confronto entre conhecimentos, crenças, ideologias e senso comum.

Segundo Sá (1993) e Farr (1994), a T.R.S. consiste em uma forma sociológica de Psicologia Social, originada na Europa, com a publicação feita por Moscovici, em 1961, do trabalho intitulado "La psychanalyse: son image e son public". Portanto, Moscovici é considerado o autor da T.R.S., afirmando que as representações sociais são constituídas e compartilhadas pelos seres humanos na sociedade, a partir de atitudes, de valores, de educação, que recebem no contexto em que estão inseridos, como já abordado anteriormente.

De acordo com Wagner (1994), a R.S. é multifacetada, pois é concebida como um processo social que envolve comunicação e discurso, com significados e objetos sociais construídos e elaborados. Outra visão desse autor, é a de que R.S. é operacionalizada como estruturas individuais de adquirir e comunicar conhecimentos, símbolos e afetos que são imersos entre as pessoas, em grupos ou até mesmo na sociedade.

Essa versatilidade dá origem a várias interpretações que nem sempre são compatíveis umas com as outras. Com tal abertura, torna-se possível essa teoria ser incorporada por diferentes autores/pesquisadores das mais diversas áreas de estudo.

Jodelet (1984) enfoca a R.S. de forma diferente, isto é, considera a representação como um saber prático que liga o sujeito a um objeto. No entanto, isso ocorre através de uma construção e de uma expressão do sujeito, do ponto de vista epistêmico ou psicodinâmico, como também, social ou coletivo. A representação se apresenta como uma modelização do objeto, podendo ser compreendida em diferentes suportes lingüísticos, comportamentais ou materiais.

Moscovici (1981) aborda que R.S. é um processo revestido de sentido, de expressão e de significação, que são impregnados na vida do

ser humano. Esse mesmo autor considera que por mais elementar que seja a representação, ela parte do sistema de elaboração cognitiva (saber social), afetiva (símbólico e imaginário desses saberes) e social (constituição compartilhada das imagens registradas sobre a realidade conhecida). Partindo dessas dimensões, o ser humano norteará seus comportamentos.

Dessa maneira, a teoria da R.S. apresenta-se diferente, em relação a outros modelos na literatura da Psicologia, porque ela se relaciona com as pessoas, símbolos e condutas, oriundos das experiências de cada ser humano e, de acordo com a ideologia da sociedade de que ele mesmo faz parte.

Estas dimensões de relações, para Moscovici (1981), fazem parte de nossa sociedade pensante e que a mesma propicia que os indivíduos pensem de forma autônoma, comunicando, assim, suas representações do dia-a-dia.

Moscovici (1981) considera, ainda, que as representações são fenômenos ligados a uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento adquirido. A linguagem faz parte desse processo. Pode ser expressa através da observação e de símbolos abstratos.

Atualmente, a função da linguagem mudou e está ligada intimamente com nossa maneira de ser cotidiana. Tudo isso vem à mente, quando sentimos que os pacientes pré-cirúrgicos relatam seus sentimentos e percepções de uma maneira; logo após mudam, dependendo do que estiver interligado ao momento e à realidade em que está inserido, embora mantenham um núcleo básico de sentido sobre a mesma.

Dentro dessa intrincada rede de comunicação, nas atividades intelectuais que pertencem ao homem e na sua interação social, existem dois universos de representações, que são os consensuais e os reificados.

Nos universos reificados, a sociedade se constitui num sistema com diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não estão igualmente

capacitados a representá-la e falar sobre ela. O grau de participação dessas pessoas, que fazem parte desse universo, é determinado pela sua qualificação, construída tanto de maneira informal quanto institucional, de modo que, nesse processo de inter-conexão dos indivíduos, formam-se idéias, com uma certa homogeneidade e consistência, via de regra aceita por determinados grupos, tornando-se representações da realidade e tidas como aproximações aceitáveis da verdade, por esse grupo.

Moscovici (1981) diz que o computador é, de certo modo, um paradigma das relações e que as coisas ditas científicas se tornam a medida do homem. A ciência é um modo de conhecimento, no qual se passa a construir um mapa de forças, objetos e eventos, que permanecem imunes a nossos desejos e consciência. Ao mesmo tempo, diante de tais forças, não podemos sequer nos ver como diferentes no nosso universo social, induzidos, muitas vezes, a aceitar a representação coletiva como a única forma de realidade existente.

Portanto, a partir dos universos reificados, chegamos às Representações Sociais que, na visão de Moscovici, constituem a matéria-prima para a construção de realidades consensuais, em que a sociedade se vê como um grupo de indivíduos livres para se comportar, com valores iguais e irreduzíveis.

Nesses universos de representações, que o homem configura no seu contexto de vida, também existe a necessidade de transformar algo desconhecido em familiar, como modo de assimilar o estranho e aceitá-lo.

Para explicar essa necessidade do ser humano, Moscovici (1981) trabalha com três hipóteses, de uma maneira geral, que indicam o porquê da formação das representações sociais.

Na **primeira hipótese**, formamo-las por interesse, considerando que o ser humano tenta criar imagens para esconder objetivos individuais ou coletivos. Com isto, propiciará uma distorção subjetiva da realidade objetiva.

Na **segunda hipótese**, formamo-las por desequilíbrio, uma vez que as ideologias e o conhecimento sobre o mundo são formas de resolver

tensões psicológicas. As compensações imaginárias têm como propósito restaurar um certo equilíbrio interno.

Na **última hipótese**, as representações sociais são formadas por controle, a partir do qual os grupos produzem representações com o objetivo de agir como filtros, a fim de amoldar cada indivíduo.

Assim, podemos perceber que há inúmeros mecanismos para a produção, reprodução, conservação ou reestruturação dos padrões mentais que nos auxiliam a compreender os eventos cotidianos, sejam eles simples, ou complexos, esperados ou inesperados, aceitos ou rejeitados.

Desse pressuposto, podemos deduzir que os pacientes, no pré-cirúrgico, trazem representações sociais. Nós, enfermeiros, muitas vezes, não nos preocupamos e nem nos questionamos sobre isto. No entanto, devemos saber que, ao estudar um dado comportamento diante de um evento, precisamos reconhecer os aspectos familiares e não-familiares que o tocam, e que ele absorve e reorganiza, para tornar conhecido o que até então lhe era desconhecido.

Ao buscar essas informações, podemos ajudar os indivíduos a tornar a experiência da cirurgia algo por que podem passar, utilizando seus próprios recursos ou apresentando-lhe novos, de modo que possa enfrentá-la com serenidade e sentimentos positivos.

Com isso, podemos dizer que existem **dois** processos que **geram as representações: ancoragem e objetivação**.

Para Moscovici (1981), **ancorar** é classificar coisas que não são classificadas e nem denominadas, são estranhas, não existentes no nosso mundo e, ao mesmo tempo, ameaçadoras.

A classificação ocorre mediante a escolha de um paradigma/protótipo imerso em nossa memória, com o qual podemos comparar e interpretar a situação vivenciada.

O outro processo da ancoragem é a nomeação. Moscovici (1981) enfoca que é impossível classificar sem atribuir nomes, e a considera de

uma importância relevante em nossa sociedade, significando uma posição segura na matriz de identidade da cultura do ser humano.

Portanto, dar nome a um paciente cirúrgico não é uma operação puramente intelectual que intensifica a clareza da sua situação e, sim, é uma operação que é subserviente a um propósito social.

A classificação e/a nomeação são as duas formas de ancorar uma representação, um método de estabelecer relações entre categorias e rótulos. Dar nomes às coisas ou classificá-las de acordo com uma referência conhecida, imprime à coisa desconhecida um padrão conhecido, fixando-o ao repertório experiencial.

Segundo Araújo (1991), no momento em que ocorrem estas duas maneiras de integração cognitiva do objeto representado, é possível que algo desconhecido e inquietante seja incorporado à nossa própria rede de categorias, permitindo-nos compará-la com o que nós consideramos um elemento típico desta categoria. Aproximamos o *desconhecido* de algo *conhecido*, para torná-lo *reconhecível*.

Para Escudeiro & Silva (1997), além desse processo cognitivo de conhecer o fato novo, torná-lo familiar, o processo da ancoragem articula mais duas funções de base da representação: a interpretação da realidade (traduzir o fato ou interpretá-lo) e a orientação das condutas e das relações sociais (tomar decisões e agir).

Com essas articulações, a ancoragem garante a ligação entre a função cognitiva de base da representação e sua função social. Além do mais, ela irá fornecer à objetivação seus pré-construtos, servindo para elaboração de novas representações.

O outro processo, a **objetivação**, para Jodelet (1984), consiste em uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma/figura acerca do objeto, tornando-o concreto, quase tangível, quando o conceito abstrato se concretiza, materializando-se na palavra (linguagem).

Moscovici (1978) fala que, no real, a partir da imaginação (forma/figura) que aparece em cada representação, há duas faces tão

indissociáveis quanto a frente e o verso de um papel: a face figurativa e a face simbólica. Ele entende que representação é a figura/significação e que este processo tem por função destacar uma figura e, ao mesmo tempo, carregá-la para o nosso universo e reabsorver o excesso de significações, materializando-as.

Somando-se a isto, para Moscovici (1978, p. 111) “objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as. É, também, transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo”.

No entanto, a objetivação tende a dirigir a **memória** para fora, derivando daí conceitos, imagens da mesma, para combiná-los e reproduzi-los no mundo externo. Cria algo novo, a fim de que se o veja, com o auxílio do que já foi visto. Deriva conceitos, imagens da memória, para reproduzi-los naquilo que nós pensamos que seja visível e tangível (núcleo figurativo).

Para Moscovici (1978), a objetivação tem duas operações essenciais: a **naturalização** (materializar, trazer as figuras, os elementos do pensamento para a realidade de sentido/vida (senso comum)) e a **classificação** (fazer escolhas entre sistemas de categorias; fixar e localizar condutas, ordenando-as; dar à realidade um ar simbólico e separar alguns seres de seus atributos).

Pode-se afirmar, diante desses dois processos, que, como todo ser humano, o paciente pré-cirúrgico possui representação de seu dia-a-dia e de suas próprias vidas. As representações estão sob controle da memória, o que impede qualquer mudança súbita nas mesmas, assim como lhes dá uma certa autonomia sobre o presente. Moscovici (1981) sintetiza que a ancoragem, assim como a objetivação, são operações através das quais agimos, com base na memória, de modo que ele lança mão dessas experiências, ora positivas, ora negativas, para representar a cirurgia a qual irá se submeter.

Utilizando-se de cada um destes processo e/ou de todos eles, os seres humanos possuem representações de seu dia-a-dia e de suas

próprias vidas. Cabe ressaltar que as representações têm a responsabilidade de decodificar cada símbolo que aparece no cenário social. Nenhum símbolo/significado pode ser negligenciado, até que ele tenha sido decodificado.

Seguindo nesta linha, Moscovici (1981) afirma que, na representação social, encontramos dois tipos de causalidade agindo conjuntamente e, que nós, seres humanos, persistimos em mudar de um tipo de causalidade para outro. No entanto, essas causalidades são por imputações (explicam ações visíveis, reconstróem motivos escondidos) ou por atribuições (explicam comportamentos visíveis por fatores invisíveis). As atribuições são sempre enxertadas em imputações, relações de causa-e-efeito em relação de fins-e-meios.

Essas duas causalidades são observadas freqüentemente na sociedade e têm uma grande importância na vida de cada ser humano, pois são determinadas pelas representações de diferentes segmentos da sociedade.

Portanto, representar faz parte de cada ser humano e pode ser manifestado de diferentes maneiras. O ser humano tem a necessidade de transformar o desconhecido em algo familiar, possibilitando, assim, a formação de representações sociais.

Segundo Jodelet (1984), há diversas maneiras de representarmos; pode ser através de objetos, de idéias, como também, de percepções, de conceitos. Possuem características simbólicas e significantes e de caráter construtivo, autônomo e criativo. As dimensões de abrangência desses meios estão imersas na função cognitiva, na afetiva e na função social do dia-a-dia do ser humano.

Atualmente, há diversos outros pesquisadores que trabalham com esta teoria e que estão procurando desenvolvê-la. Dentre esses estão: Jodelet (1982), Spink (1993), Guareschi & Jouchelovitch (1994), Farr (1994), Sá (1996), dentre outros. Na área da saúde, evidenciam-se alguns trabalhos como os de Araújo (1991), Vieira (1991), Queiroz (1991), Leopardi

(1992), Schulze (1993), Oliveira & Alvarenga (1996), Guimarães (1997), Escudeiro & Silva (1997), Costa (1998), dentre outros.

Acredito que esses profissionais de saúde buscaram o modelo de representação social por oferecer um olhar mais profundo sobre a situação-problema da pessoa, inserida no seu mundo real. Para esta teoria, não bastam sintomas e diagnóstico, e sim, o currículo existencial de cada ser humano e a própria atribuição que este ser vai dar para a sua situação (familiar e não-familiar), no caso deste trabalho para o ato cirúrgico.

Vieira (1991) corrobora com essa teoria, tendo realizado um estudo para desvendar as representações que as mulheres mastectomizadas faziam do corpo, da saúde, da doença e do câncer. A utilização dessa teoria provou ser eficaz na medida em que as cognições apresentadas pelas pacientes em relação ao corpo, ao significado da cirurgia, da perda e da representação do câncer, guiaram a interação enfermeiro-paciente e promoveram uma relação de ajuda.

Schulze (1993) realizou um estudo dirigido a um grupo de sessenta e seis pacientes portadores de câncer, submetidos a tratamentos radioterápicos ou quimioterápicos. Essa pesquisa visou esclarecer as representações sociais desses pacientes sobre o binômio saúde-doença, corpo e mente.

Joffe (1995) estudou dois grupos de culturas diferentes (sul-americanos e britânicos) para saber quais as representações sobre a AIDS. Quis saber também quantos indivíduos consideram que a AIDS é ligada à condição estrangeira como parte de uma estratégia projetiva, em face de ameaça.

Outros autores, Oliveira e Alvarenga (1996), realizaram um estudo das representações sociais das mães sobre o processo de desenvolvimento infantil. As unidades de discurso identificadas permitiram a discussão de algumas relações estabelecidas entre as percepções maternas sobre o desenvolvimento de seus filhos e as práticas de atenção à saúde da criança.

Assunção & Leopardi (1996) realizaram uma pesquisa para conhecer as representações sociais de profissionais de enfermagem sobre o alcoolista que procura atendimento em serviço de emergência de um hospital de Florianópolis. O enfermeiro, como outras pessoas, tem uma representação e um estereótipo deformado do alcoolista. Pensam que se faz necessário uma retomada urgente em relação ao ensino de enfermagem e que o currículo contemple os aspectos das dependências químicas.

Já, Guimarães (1997) realizou seu trabalho com objetivo de integrar dois marcos referenciais teóricos: a representação do "self" e as representações sociais sobre o idoso, o envelhecimento e a velhice de acordo com a perspectiva psicossociológica de Moscovici.

Costa (1998) trabalhou com as representações sociais dos clientes de um programa de reabilitação cardíaca sobre o fumo. Considerou que as pessoas que chegam nesse programa, trazem seu pré-saber/conhecimento a respeito. Desta maneira, considera as representações sociais como "uma forma de conhecer o senso comum dos clientes a respeito do tema e, desta forma, a implementação da Educação em Saúde dar-se-á mais eficazmente" (p. 8).

Entendo que mencioná-los nesta pesquisa indica minha disposição de aprofundar o estudo das R.S., para uma avaliação do estado da arte em relação aos modos de aproximação do enfermeiro ao paciente, na busca de compreender melhor os fatores subjetivos que intervêm no processo de ser saudável, adoecer e curar.

Na tentativa de apresentar graficamente a formação da R.S., a ilustração demonstrada na Figura 1 (p. 23) caracteriza os processos de formação da R.S., considerando a objetivação e a ancoragem.

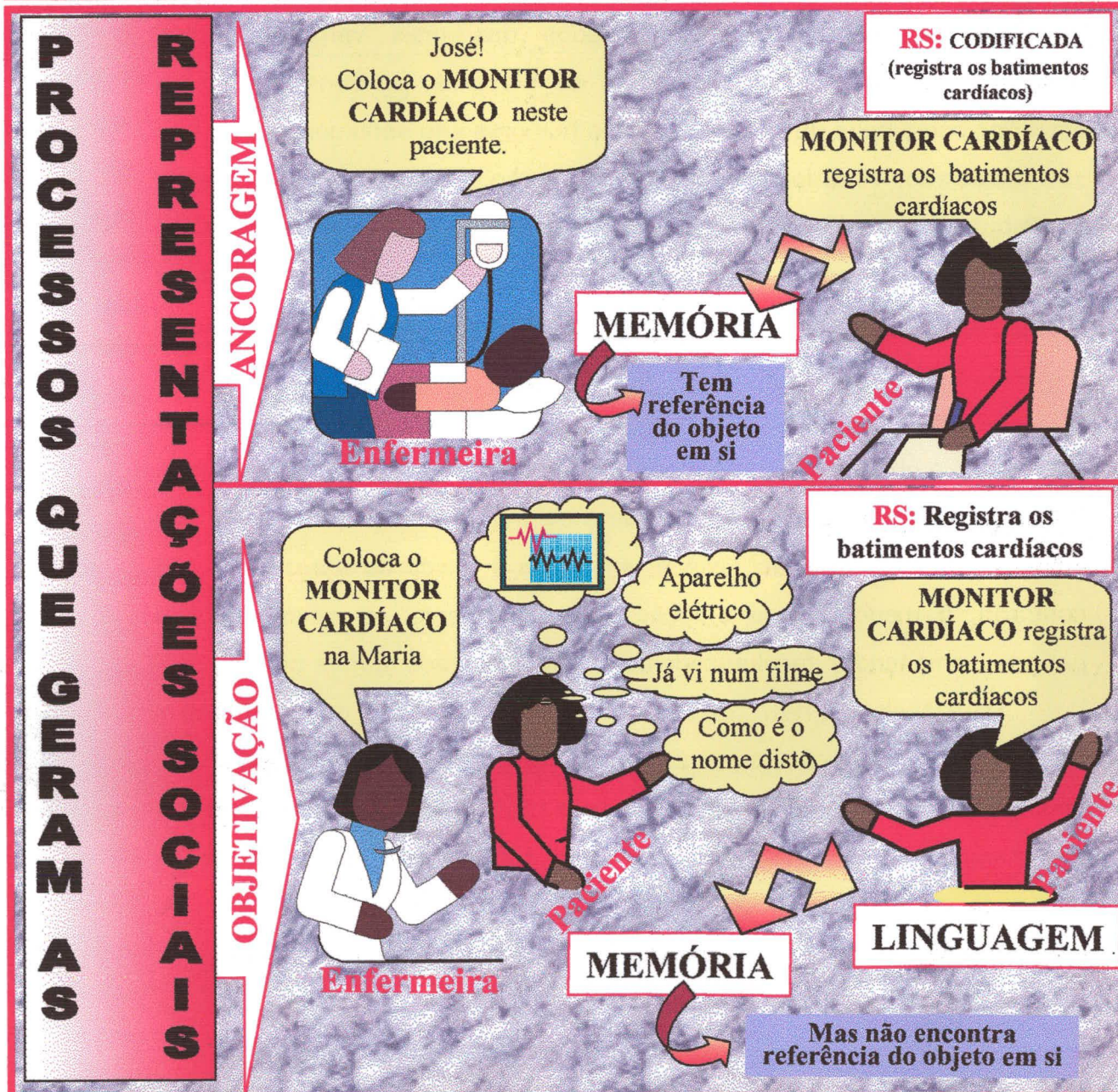


FIGURA 1 - Formação das representações sociais, na concepção de PENNA, baseada na T. R. S. de Serge Mascovici.

2.2 Medo – elemento integrante da vida do ser humano

Nessa época de transição paradigmática, vivemos mergulhados num mundo de incertezas e de espantos. Por detrás destas inseguranças, o ser humano confronta-se com diversos sentimentos.

Heller (1982) considera os sentimentos são regulados por costumes e ritmos sociais. A intensidade, a duração e as circunstâncias variam de acordo com as culturas da sociedade em que o ser humano está inserido.

Os sentimentos são manifestados das mais variadas formas possíveis. Tengland (1998) considera os humores, as sensações e as emoções como tipos de sentimentos. Os humores são sentimentos que não são localizados num local específico do corpo. Podem ser considerados como humores: a euforia e a angústia. As sensações (toque, prazer sexual) são consideradas como parte dos sentimentos corpóreo. Já a sensação visual não é considerado como sentimento. As emoções não são localizadas no corpo, mas se direcionam a um objeto.

Nordenfelt (1997) também afirma que as emoções são direcionadas em relação a objetos. Essa busca do objeto é proveitosa, porque caracteriza e classifica as emoções, de modo que a alegria, o amor e a felicidade são emoções de “aproximação”, isto é, envolvem a busca de um objetivo. Ao contrário, o medo é uma emoção de “afastamento”, e envolve objeto perigoso, ameaçador, familiarizado ou não-familiarizado, dentre outros.

Para Nielsen (1997, p. 29), “o medo é fenômeno de enfermagem pertencente à emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou estresse com causa conhecida (conteúdo de pensamento)”. Neste caso, considero fundamental que enfermeiros desenvolvam estratégias de manejo do medo, considerando que irão confrontar-se constantemente com situações em que ele está presente.

Ulich (1985, p. 39) reforça a idéia de que “o medo não consiste somente como algo perigoso, pois o grau deste sentimento pode variar, sim, com mudança de valorização”. Trata-se, então, de considerá-lo um

mecanismo próprio de defesa, cujo aparecimento depende de fatores tanto subjetivos como objetivos.

O medo sempre será caracterizado por objetos, sendo que os objetos sempre existiram e existirão na vida do ser humano, ou seja, quando aparece, ele sempre está ligado a algo definível e determinável, sendo, pois, "medo de algo ou alguém".

Delumeau (1993) aborda que no período de 1348 a 1880, ele se fez presente em grande parte da Europa, como por exemplo, na época da Peste Negra (1348), na Guerra dos Cem Anos, na decadência moral do papado antes do erguimento operado pela reforma católica, nos massacres, nas guerras (Revolução Francesa), dentre outros. Em todas essas desgraças, a civilização ocidental experimentou medos vastos e enfeitiçantes, não se deixando, porém, paralisar por eles. Assim, o silêncio sobre o medo, na época, foi por necessidade de engrandecer as atitudes heróicas (nobres) sobre os humildes (camponeses, artesãos, criados e soldados), isto é, imputava-se valentia ao nobres, para camuflar o medo do universo dessas desgraças que vivenciavam no momento, ou seja, desde a Antigüidade até a Renascença. Na literatura medieval, por exemplo, os nobres eram notabilizados através de canções e poemas, nos quais seus feitos, mesmo que a troco da morte de seus vassalos, eram registrados.

Delumeau (1993, p. 13) explica essa ausência, que "foi sem dúvida por causa de uma confusão mental amplamente difundida entre medo e covardia, coragem e temeridade", que permearam entre dois universos: o dos nobres (individual – valentia) e o dos pobres (coletivo – medo).

Com a Revolução Francesa, os burgueses conquistaram pela força o direito à coragem, mas continuaram com o mesmo antigo discurso ideológico (camuflar o medo). Foi lentamente, "a despeito das marchas militares e dos monumentos aos mortos, que uma descrição e uma aproximação objetivas do medo desembaraçado de sua vergonha começaram a mostrar-se" (Delumeau, 1993, p. 15).

O desembaraço pela covardia e a presença da coragem também foi

confirmado, nessa época, quando o chefe de uma ordem de cavalaria (Luis XI) confessou que estava com medo e que não era covarde. "Assim, a atitude do rei é reveladora, para além de um caso individual, da escalada do medo no Ocidente na aurora dos tempos modernos" (Delumeau, 1993, p. 18).

No final do século XVIII e início do XIX, essa emoção foi considerada, cada vez mais, essencial para o ser humano, por proporcionar uma certa garantia contra os perigos, as ameaças, as situações familiares e não-familiares, os quais permitem à pessoa escapar, provisoriamente, da morte.

Como o mundo está cheio de perigos potenciais, o medo é uma emoção comumente experimentada por toda natureza humana, chegando, muitas vezes, a ser considerado como o núcleo do comportamento humano que movimenta o mundo.

Delumeau (1993) diz que, como o medo faz parte da experiência humana, poderão existir dois tipos de medo: o **espontâneo**, que é sentido pela maioria da população e o **refletido**, que é decorrente de uma interrogação sobre a infelicidade, conduzida pelos homens da Igreja. O medo espontâneo distribui-se em dois grupos. Alguns, de maneira permanente, compartilhados por pessoas pertencentes a todas as categorias sociais, tanto no plano técnico como no plano instrumental mental, que para eles correspondem ao medo do mar, dos fantasmas, das estrelas, dentre outros. Outros, de maneira quase cíclica, voltados mais às pestes, às penúrias, dentre outros, podendo atingir a totalidade da população.

Além desses tipos de emoção que esse autor considera, Monetti (1992) refere que o medo é associado tanto aos aspectos psicológicos (decorrentes de estímulos, de objetos ou de representações mentais), como aos aspectos fisiológicos (sistema neurovegetativo, cardiovascular, respiratório, epidérmico, gastrintestinal ou geni-urinário).

Percebe-se que, através desses fatores, o medo surgirá, de forma tão intensa, que perturbará o ser humano no seu meio, levando-o, muitas vezes,

ao desamparo.

Esta situação é comum, quando nos deparamos com o paciente cirúrgico. Muitos, ao vivenciarem o momento cirúrgico, ficam tensos, pelo desconhecimento da realidade. Outros, porque já vivenciaram esse momento sem sucesso. Ambos os aspectos acabam resultando numa falta de controle sobre a situação e numa maior propagação do medo.

Monetti (1992, p. 2) reforça essa idéia de difusão, dizendo que “o reconhecimento de um perigo real ou imaginário é que provoca no homem o sentimento do medo”. Isso indica que também existe o medo vivenciado, ligado ao real ou ao imaginário. Não há nenhum aspecto da vida social que não esteja contaminado pela imagem e pela situação real.

Barbier (1994, p. 16) diz que se encontra “de um lado, a sensação, a percepção, as condutas adaptadas à realidade e de outro, a fantasia, o sonho, a fabulação, a arte”. Portanto, aceitando o pressuposto de que o objeto, ao qual está ligado o medo, pode ser tanto objetivo e concreto, como fruto do mundo simbólico e/ou onírico.

No entanto, o imaginário torna-se a prova de nossa inserção profunda na realidade vivenciada a cada dia ou configurada em experiências anteriores e, até mesmo, herdadas. Neste ângulo pode-se sustentar que “a imagem: o imaginário é o perfume do real. Por causa do odor da rosa eu digo que a rosa existe” (Barbier, 1999, p. 21).

Esta situação se faz presente no paciente “cirúrgico”, quando aborda que tem medo do centro cirúrgico, porque considera que o lugar é grande, com bastante aparelhagem, as pessoas são diferentes, dentre outros fatores. Muitas vezes, esse paciente nunca entrou lá ou, mesmo se entrou no seu imaginário passam esses devaneios de imagens, que proporcionam o medo vinculado a elas. Este medo também é devido à criação radical de formas/figuras/símbolos, tanto psíquica quanto social-histórico-mente, que se exprime no representar/dizer do paciente “cirúrgico”.

Maffesoli (1995, p. 118), embora associado a um outro modelo epistemológico, reforça essas considerações, quando entende “o

imaginário, reunido muitas vezes com a ajuda da racionalidade tecnológica é o elemento determinante da estruturação social”.

Em relação ao real, Barbier (1994, p. 21) considera que “a realidade é o real retirado pelo imaginário e velado, prefigurado pelo simbólico”. Em outras palavras, o real é apreendido e decodificado através de conceitos, ou seja, imagens orientadas pela capacidade perceptiva.

O ser humano constrói o real com seu espírito científico, que começa com a produção intelectual e afetiva. O medo vivenciado em relação ao real, o paciente o constrói através da cientificidade, de seus conhecimentos familiares, que configuram-se em um símbolo/representação, levando-o a vivenciar essa emoção.

Hense (1987) classifica o medo cirúrgico dentro de duas situações: algo específico e algo não-específico. O medo de algo específico relaciona-se com a cirurgia, a anestesia, as complicações pós-operatórias e suas conseqüências, a morte, o deixar e ser deixado (falta de companhia). O medo de algo não-específico relaciona-se com a situação no todo, como por exemplo: “estava morta de medo” (p. 214).

Observa-se que parte desses medos estão relacionados com algo **presente e real** (o medo da cirurgia, da anestesia, de ser deixado). E a outra parte do medo está relacionada com **fatos futuros** (complicações ou morte).

Independente desses diversos tipos de medo, existe uma grande dificuldade em desvelar os aspectos subjetivos do medo, uma vez que é difícil abordar esse tema.

Some-se a isto que devemos estar cientes que temos diversos inimigos internos para vencer. No entanto, é preciso conhecê-los, derrotá-los e saber enfrentá-los, porque em nosso meio social, conhecemos muito mais os sofrimentos que nos angustiam, do que propriamente o remédio para nossos males.

Schwark (1998, p. 4) destaca que é preciso saber vencer os medos e aponta quatro pontos como detonadores desses sentimentos:

- *Adiar - deixar para amanhã o que se pode fazer hoje. Adiar é não assumir a importância de fazer a revolução de sua existência agora. É abandonar o poder de determinar o verdadeiro rumo que se quer para a própria vida. Nesse mecanismo sofisticado, a pessoa oferece a si mesma toda a espécie de justificativas, explicações e desculpas, para compensar a frustração, por não ter alcançado seu objetivo.*
- *Desânimo - é uma palavra latina que quer dizer sem alma. Alguém que cai em desânimo, portanto, é alguém que perde sua alma.*
- *Repetir - são padrões de comportamento que se estabelecem - como uma criança repete o comportamento dos pais ou percebe que determinadas atitudes são aprovadas e estimuladas, enquanto outras são reprovadas e punidas.*
- *Dúvidas - um único sopro de dúvida é capaz de derrubar uma chance de grande sucesso. "Será que eu vou conseguir?". Essa pergunta pode desequilibrar todo o sistema interno e seus resultados externos.*

Além desses pontos, existe um outro fator que não foi elucidado e está presente na literatura sobre o medo e que constitui uma controvérsia muito antiga. Refere-se à ansiedade e à angústia.

Nielsen (1997, p. 29) considera a ansiedade como "fenômeno de enfermagem pertencente à emoção, com as seguintes características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou estresse sem causa conhecida (conteúdo do pensamento)".

Mannoni (1982) refere que a angústia é considerada como manifestações de transtornos vasomotores, constrição torácica e desequilíbrios neurovegetativos, reforçando a idéia de que a angústia é interna ao indivíduo e resultante de um conflito intrapsíquico.

Já a ansiedade não apresenta essas manifestações e poderá vir acompanhada de sintomas físicos, com uma intensidade razoável.

Monetti (1992, p. 4) diz que a angústia se diferencia em três pontos

básicos da ansiedade: “não se refere a um objeto; aparece de maneira inesperada, súbita e brutal; é acompanhada de um sentimento de opressão, de morte iminente”.

De fato, estas diferenças vêm contribuir para uma maior compreensão da diferença entre o medo e a angústia, que persistem em todo e qualquer ser humano.

Considere-se que a angústia não se refere a um objeto claro e concreto de ameaça. Já o medo é enraizado na pré-aceitação da ameaça em um evento e, à medida em que se atua sobre a sua causa, pode ser mais facilmente revertido que a angústia.

Delumeau (1993, p. 25) diz que:

o temor, o espanto, o pavor, o terror dizem mais respeito ao medo; a inquietação, a ansiedade, a melancolia, à angústia. O primeiro refere-se ao conhecido; a segunda ao desconhecido. O medo tem um objeto determinado ao qual se pode fazer frente. A angústia não o tem e é vivida como uma espera dolorosa diante de um perigo tanto mais temível quanto menos claramente identificado: é um sentimento global de insegurança.

Torna-se oportuno acrescentar que o medo está ligado a condições concretas exteriores, de modo que, para vencê-lo, é preciso enfrentar a realidade, através de metas e estratégias bem elaboradas, no intuito de dissipar a ameaça existente.

Com essas diversificadas considerações do medo, cabe salientar relevantes preocupações por parte dos pesquisadores da enfermagem em trabalhar com essa emoção na vida do ser humano.

Chida et al. (1985) investigou junto a pessoas ligadas à área de saúde, qual a expectativa delas em relação a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA. Verificou-se significativo o grau de inquietação e medo de contrair a doença. Tendo acompanhado a evolução de vários pacientes

aidéticos internados, as autoras se propuseram a fornecer alguns subsídios para a assistência de enfermagem.

Lenardt & Hensel (1988) realizaram uma investigação sobre as expectativas e preocupações dos pacientes internados em unidades cirúrgicas. Evidenciaram que toda a pessoa, ao ser admitida num hospital, traz consigo muitas dúvidas e preocupações em relação ao tratamento e recuperação de sua saúde. Quando o tratamento cirúrgico se faz necessário, as reações psicológicas do paciente são exacerbadas, pois, enfrentará o desconhecido e o próprio desconhecido gera **medo** e insegurança. O enfermeiro que atende o paciente cirúrgico precisa avaliar as reações do mesmo para planejar e implementar a terapêutica. Para tanto, consideram necessário conhecer os problemas relevantes enfrentados pelo paciente cirúrgico durante sua hospitalização.

Ravagnani (1991) propôs um estudo para identificar as dificuldades e problemas vivenciados pelas pacientes submetidas ao tratamento de cesariomoldagem, no serviço de Ginecologia do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, no ano de 1989. O **medo** relacionado à doença, ao tratamento e à anestesia, foram queixas que estiveram presentes nas falas da maioria das pacientes deste estudo. O papel do enfermeiro torna-se importante no planejamento da assistência de enfermagem em cesariomoldagem, a partir da compreensão dos problemas e dificuldades vivenciados pelas mulheres submetidas a este tratamento.

Já, Hermann (1992) realizou um estudo sobre o medo das doenças transmissíveis entre estudantes de enfermagem. Revelou-se maior frequência de **medo** nas estudantes que não tinham cursado a disciplina doenças transmissíveis, sendo que a experiência profissional e o familiar contribuem para diminuir o medo diante de doenças transmissíveis.

Mamede (1993) investigou, com um grupo de mulheres de baixa renda (42 mulheres), a percepção da condição de sua saúde. Foi possível identificar que a dor, o desânimo, desconforto e **medo de dependência**

foram um dos principais motivos alegados pelas mulheres que se percebiam como doentes.

Peixoto (1996) realizou um estudo para compreender o processo de socialização dos novos membros integrantes da subcultura de um Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Os resultados mostraram que, no processo de socialização, perpassam sentimentos de insegurança, ansiedade, angústia, de incompetência e de medo. As causas destes sentimentos têm um forte componente na não vivência anterior (desconhecido) e na lacuna da formação profissional.

Essas considerações vieram fortalecer o fato de que no ato cirúrgico, uma vez reconhecidos os elementos que se constituem em ameaça e geradores, portanto, do "medo" (aqui tornado impreciso propositadamente), os profissionais de enfermagem poderão se tornar presenças significativas para o cliente, esclarecendo suas dúvidas, tornando conhecido o que lhe é desconhecido. Irá ancorar novos significados para a experiência que ele vive, permitindo a objetivação das representações subjetivas sobre a cirurgia e todos os procedimentos pré e pós-cirúrgicos.

2.3 Pré-operatório – um espaço importante para atuação dos profissionais de enfermagem

Ao retornar à história da saúde, no que tange à cirurgia, constata-se que os primeiros registros de procedimentos cirúrgicos se referem aos instrumentos primitivos utilizados pelos cirurgiões barbeiros da Idade Média. As cirurgias tinham muitas complicações. Muitas vezes, eles operavam e sumiam do local, pela falta de conhecimentos científico e tecnológico, de modo que os procedimentos tornavam-se arriscados.

Du Gás (1984, p. 435) vem elucidar essa situação, quando diz que:

no início de 1800, a infecção do ferimento era tão comum que até 80 por cento de todos os ferimentos tornavam-se contaminados. A cirurgia era arriscada e limitava-se às medidas essenciais para salvar a vida de uma pessoa, como a correção de um braço quebrado, a remoção de uma bala no músculo ou a amputação de um membro esmagado (...). A falta de limpeza na execução dos procedimentos e no curativo dos ferimentos constituía, um grande fator no elevado índice de infecção.

Essa precariedade de higiene já era apontada por Florence, nesse período. Ela estava preocupada em ensinar ao grande público e, em especial à parcela feminina, a arte de preservar a saúde através do cuidado. Neste sentido, apresentou suas crenças sobre o que é enfermagem, salientando o paciente como seu foco principal (Carraro, 1997).

Nightingale (1989) enfatizou os cuidados com o meio ambiente externo (limpeza, iluminação, ventilação, entre outros) e, também, não deixou de focar os cuidados a nível interno do ser humano (espiritual), procurando visualizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Florence procurava assegurar seu prisma sobre higiene, englobando aspectos físico, emocional e social, mantendo assim, as melhores condições para que a própria natureza pudesse agir no indivíduo (cura). Esse enfoque também foi utilizado no cuidado ao paciente cirúrgico, na prevenção de infecções, legando à enfermagem essa responsabilidade, ou seja, a prevenção.

Na época da 2ª Guerra Mundial, também, a falta de higiene na execução de diversos procedimentos continuava sendo a principal causa da morte da maioria dos soldados.

Grün (1994) diz que a grande luz para remoção dessa sujidade foi quando um médico húngaro de nome Ignaz Phillip Semmelweis (1861) comprovou, cientificamente, a importância do uso de soluções anti-sépticas na lavagem das mãos. Esse médico publicou seus estudos 662 anos depois

dos escritos do médico Moses Bem Mainón, conhecido como “Mairnônides”, o qual escrevia sobre a necessidade de lavar as mãos, após tocar numa pessoa doente.

Goldemberg & Bevilacqua (1981) dizem que com a sabedoria, a observação e a comprovação desses cientistas, Neuber (1882) seguiu com a contribuição do avental cirúrgico, Haisteo (1889) criou as luvas de borracha, Busch (1891) padronizou a antissepsia das mãos e Radecki (1896) o uso da máscara.

Essa evolução, segundo Jouclas (1991), ocorreu devido ao aumento do número de intervenções cirúrgicas que ocorreram na época da guerra e, conseqüentemente, emergiram com o desenvolvimento da tecnologia cirúrgica, o aparecimento do complexo industrial e todo seu “marketing”. A enfermagem tornou-se profissão com responsabilidades específicas nas atividades de cirurgia.

Atualmente, cirurgia, segundo Barros et al. (1996, p. 10), “é um método de tratamento de doenças, lesões ou deformidades internas e externas executado através de técnicas geralmente realizadas com o auxílio de instrumentos”.

Essa consideração é abrangente, mas existem inúmeras outras concepções, a depender de cada autor.

Du Gás (1984, p. 436) considera que “a cirurgia envolve a alteração deliberada e planejada das estruturas anatômicas de uma pessoa, de forma a interromper um processo patológico, aliviá-lo ou erradicá-lo”.

Esse processo pode ser classificado em função do **tempo** que decorre desde a sua indicação até a execução e, ainda, em função de sua **finalidade**.

Barros et al. (1996) dizem que, pelo tempo transcorrido, pode ser efetuada de urgência (precisa ser realizada o mais rápido possível, não havendo risco de vida eminente), de emergência (precisa ser realizada imediatamente, pois há risco de vida eminente) e eletiva (pode ser programada).

Esse mesmo autor considera a cirurgia por finalidade como: curativa (vencer a doença e devolver a saúde ao paciente), paliativa (atenuar ou buscar uma alternativa para aliviar o mal, mas sem curar o problema), plástica (estética ou reparadora).

Partindo dessas considerações, Du Gás (1984) aborda que a enfermagem cirúrgica trata o cuidado globalizado ao ser humano, objetivando minimizar presença de emoções (medo), dentro do possível a familiaridade da cirurgia e a prevenção de complicações pós-cirúrgicas. Esse cuidado ocorre no pré, trans e pós-operatório.

A fase pré-operatória, segundo Barros et al. (1996, p. 25),

corresponde às 24 horas que antecedem a operação. De um modo geral, o paciente é admitido no hospital dentro desse período, com o objetivo de ser devidamente preparado, entretanto, pode variar de instituição para instituição, ou de acordo com o tipo de cirurgia ou o estado do paciente. Há casos em que o paciente interna-se com vários dias de antecedência, quando necessita de um tratamento para habilitá-lo a ser operado. Em outros casos, no entanto, a admissão se dá no mesmo dia da operação.

No entanto, essa fase ocorre quando o paciente chega no hospital e é encaminhado à unidade de internação cirúrgica, necessitando do tratamento cirúrgico e cujas diferenças individuais requerem uma ação de enfermagem individualizada.

Essa ação não pode ficar restrita somente ao seu caráter "científico" e de natureza "técnica", mas, sim, deve conter em sua essência, a formação e consolidação de conceitos e imagens socialmente veiculadas e mantidas pelos pacientes sobre o ato cirúrgico, levando em consideração a singularidade, a valorização da inter-subjetividade, que são relagados, na maioria das vezes, a uma habitualidade que leva a uma prática mecanicista.

Isso pressupõe que a enfermagem precisa estar aberta aos aspectos

familiares e não-familiares de cada paciente e que o mesmo precisa ser visto e reconhecido como ser humano.

O respeito dessa individualidade, o paciente, ao adquirir a capacidade de captar a realidade, torna-se alvo de seus próprios conhecimentos. Procura criar sensações, habilidades e ações. Desenvolve as potencialidades de assimilar e de transmitir informações, seja ou não dentro de pensamentos críticos, lógicos e compreensíveis.

Cárnio et al. (1995) abordam que o paciente, com toda essa potencialidade, ao se deparar com o ato cirúrgico, considera-o como um dos momentos mais críticos no processo terapêutico, tendo em vista, o medo do desconhecido e da anestesia, a complexidade e o risco da cirurgia e outros procedimentos desta natureza.

No entanto, fica clara a esfera das atividades de enfermagem durante essa fase. Essas atividades podem ser configuradas, segundo Cárnio et al. (1995, p. 4), quando dizem que:

o enfermeiro realiza visitas pré-operatórias, procurando-se através desta metodologia minimizar o estresse que com freqüência é desencadeado e leva à hipertensão arterial sistêmica, além de contribuir para a suspensão da cirurgia. (...) A orientação pré-operatória é considerada de grande importância para a colaboração do paciente no período peri-operatório.

Castellanos & Bianchi (1986) também reforçam essa idéia de visita pré-operatória de enfermagem, que tem sido apontada como de suma importância para contribuir com o bem-estar do paciente e até mesmo com o sucesso da cirurgia.

Essas considerações vêm elucidar o preparo pré-operatório para qualquer tipo de cirurgia, tendo componentes psicológicos e fisiológicos nesse processo.

Quanto ao preparo psicológico, deve ser realizado de acordo com a

realidade de cada paciente. Incluindo-se a explicação do método cirúrgico e as experiências intra e pós-operatórias. Como o paciente não está, em geral, familiarizado com a realidade do local da sua cirurgia e dos profissionais que lhes irão prestar os cuidados no centro cirúrgico, um conhecimento prévio do centro cirúrgico, ajudará a familiarizar-se com a realidade que irá enfrentar no ambiente cirúrgico.

Lopes (1994, p. 8) diz que esse conhecimento "do bloco operatório não é tecnicamente possível, no entanto, o seu local poderá ser indicado e se possível apresentar o doente a alguém da equipe de enfermagem que o irá receber".

Essa forma de conhecimento da situação, como outras, vem propiciar ao paciente uma recuperação satisfatória de sua cirurgia ajudando a inspirar confiança e afastar, dentro do possível, o medo da cirurgia.

Carpenito (1997) considera que nesta fase das intervenções para qualquer paciente com medo devem ser investigado **os possíveis fatores contribuintes** (percepção de estímulos ameaçadores, percepção distorcida dos estímulos perigosos e medos relativos à idade), **reduzir ou eliminar os fatores contribuintes** (ambiente desconhecido, intrusão no espaço cultural, ameaça à auto-estima, percepções distorcidas e medos relativos à idade), e **iniciar a educação para a saúde e os encaminhamentos como indicados**.

Depois de alguns medos revelados e descobertos Brunner & Suddarth (1987, p. 315) abordam que, no pré-operatório,

não se deve esquecer a importância da terapêutica espiritual. Independente da crença religiosa do paciente, a enfermeira reconhece que a fé em um poder maior pode ser tão terapêutica quanto a medicação. (...) A fé tem um grande poder de sustentação; assim, deve-se respeitar e sustentar as crenças de cada paciente.

Além desses cuidados que exigem uma boa comunicação e uma

relação intersubjetiva deve prestar informações concretas quanto ao seu estado, vindo propiciar maior tranqüilidade ao paciente cirurgiado.

Quanto ao aspecto fisiológico podem apontar-se a preparação intestinal, a preparação digestiva (NPVO) e a cardíaca. Lopes (1994) considera que, a respeito da medicação, no dia da cirurgia, são administrado o pré-anestésico, os fármacos vasodilatadores, bloqueadores dos canais de cálcio e betabloqueadores, que evitam descompensações posteriores, cujos efeitos, no meu entendimento, devem ser plenamente conhecidos pelos enfermeiros.

Essa seqüência de cuidados deverá ser fornecida gradualmente ao paciente, de forma que o mesmo tenha respeitados seus limites e dificuldades de comunicação e de apreensão, devendo ser dosadas de modo a evitar um aumento no medo do paciente.

Em relação a esse cuidado pré-operatório encontram-se na literatura da enfermagem diversos pesquisadores que realizaram trabalhos nessa fase que antecede a cirurgia.

Salzano (1986) contribuiu com um estudo objetivando verificar os problemas do paciente detectados na Ficha Pré-Operatória de Enfermagem, durante a sua recepção no centro cirúrgico. No entanto, considera que a enfermeira do centro cirúrgico ao receber o paciente nesta unidade e de posse dos dados da Ficha Pré-Operatória de Enfermagem, **registrados pela enfermeira da unidade de internação**, têm subsídios para avaliar o paciente, planejar e implementar os cuidados individualizados no período trans-operatório.

Yokota (1983) verificou as expectativas e satisfação dos pacientes, quanto ao desempenho do enfermeiro no período pré-operatório, identificou as reações dos pacientes ao cancelamento da cirurgia para eles programadas e investigou a participação do enfermeiro na orientação desses pacientes. A pesquisa foi realizada em hospital-escola, na cidade de Londrina, Paraná. A amostra foi constituída por 36 pacientes adultos, internados em unidades médico-cirúrgicas e que se submeteriam a cirurgia

de caráter eletivo.

Na análise sobre o estudo emergiu que as expectativas dos pacientes cirúrgicos em relação à atuação do enfermeiro no período pré-operatório enquadram-se, em sua maioria, na área expressiva ou básica (79,41%). Dos pacientes cirúrgicos, expressivo percentual declarou-se insatisfeito com o desempenho do enfermeiro no período pré-operatório. Verificou-se que a maioria dos pacientes (66,67%) expressaram sentimentos negativos para o cancelamento de sua cirurgia. Também, outra análise relevante, é que o enfermeiro não atua de maneira satisfatória, no sentido de prover ao paciente explicações sobre o cancelamento da cirurgia.

Ursi & Macul (1987) realizaram um estudo sobre atuação do enfermeiro de centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatórias. Consideraram importante este trabalho devido ao período que antecede à cirurgia como detonador de sensações de alta tensão e ansiedade no paciente. A enfermeira do centro cirúrgico é o elemento mais próximo do paciente na fase pré-cirúrgica e a realização dos procedimentos, por ela prestados visam uma assistência de enfermagem integral ao paciente.

Castellanos & Jouglas (1990) realizaram um trabalho que apresenta uma proposta de modelo conceitual de assistência de enfermagem perioperatória. Modelo este utilizado no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem da disciplina Enfermagem em Centro Cirúrgico da Escola de Enfermagem da USP. O modelo é descrito a partir de suas bases filosóficas, as finalidades, os objetivos e sua operacionalização.

Já, Roza et al. (1991) identificaram as percepções pré-operatórias do paciente desde o transporte da unidade de internação até o centro cirúrgico, bem como na sala de cirurgia até o início do procedimento anestésico. Verificaram, também, a atuação do enfermeiro em todo esse período. Os resultados revelaram que a maioria dos pacientes percebem e identificam uma atuação restrita do enfermeiro de centro cirúrgico dentro da equipe cirúrgica.

Sawada et al. (1993) investigaram o perfil de interação não-verbal do enfermeiro e pacientes cirúrgicos em situações de pré-operatório. Os resultados demonstraram que o número de interações não-verbais trocadas entre enfermeiros e pacientes é baixo e recaem predominantemente **na área da tarefa**. Apontam para a necessidade desse profissional valorizar a comunicação com o paciente, principalmente a de caráter não-verbal, no período pré-operatório, que poderá melhor evidenciar os problemas do paciente.

Lenardt (1996) realizou um estudo sobre o vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica, descrevendo uma prática de enfermagem, com objetivo de prestar cuidado ao paciente cirúrgico. Esta prática foi desenvolvida com três pacientes, desde o pré-operatório até a alta hospitalar, em um Hospital Universitário da cidade de Curitiba. A elaboração do marco referencial foi através de Leininger (referente ao cuidado do ponto de vista cultural). O cuidar do paciente cirúrgico representou a aplicação do processo de enfermagem, cujas fases se interligam. O cuidado se apresentou como instrumento inicial mais efetivo do processo de interação, oportunizando o vivenciar elementos novos de forma real, natural e educativa.

Na literatura da enfermagem existem avanços a cada dia, possibilitando a ampliação dos conhecimentos e das alternativas para o cuidado.

Essa ampliação fez-se necessária para que a enfermagem promovesse a sua atualização e adaptação nos processos de mudança, procurando seguir de perto os avanços e as exigências das inovações científicas e tecnológicas.

Portanto, a conquista de novos espaços de trabalho demonstra o potencial de trabalho do enfermeiro. Na assistência de enfermagem pré-operatória tem-se procurado desenvolver uma atenção individualizada integral ao paciente cirúrgico, dentro de novas formas de integração entre a ação técnica e o conhecimento científico.

3. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo tem a finalidade de descrever a trajetória que percorri durante esse estudo. Esse percurso se constituiu em caminhos para compreender a complexidade da realidade do medo através das representações que os pacientes criam, alimentam, reproduzem sobre a cirurgia, partindo do ponto de vista dos mesmos, utilizando-me de uma abordagem qualitativa.

Para Minayo (1993, p. 252), esse tipo de abordagem “propõe conhecer o sujeito como autor, sob condições dadas, capaz de ‘refratar e retratar’ a realidade”.

Outro motivo que reforça essa opção de pesquisa é que o pesquisador tem o contato direto com o ambiente e a própria situação que está sendo estudada, permitindo obter informações e considerando importantes e essenciais todos os dados da realidade, para melhor compreensão do problema a ser estudado (Lüdke & André, 1986).

Acrescenta-se a isto, que este tipo de pesquisa também se torna importante, segundo Minayo (1993, p. 134), para:

- *compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos;*
- *compreender as relações que se dão entre atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais;*
- *avaliação das políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina.*

Diante dessas considerações, reforça-se a certeza de trabalhar com essa abordagem, uma vez que as representações sociais expressam e exprimem a realidade de cada ser humano, que são manifestadas através de condutas e de situações reais vivenciadas, devendo, portanto, ser criticamente analisadas.

O estudo proposto tem o objetivo de abranger aspectos

universalmente observáveis (relação indivíduo/sociedade e seu meio) e outros que são peculiares a cada sociedade, visto que, “a compreensão qualitativa é um movimento totalizador que reúne a condição original, o movimento significativo do presente e a intencionalidade em direção do projeto futuro” (Minayo, 1993, p. 252).

Na verdade, esta compreensão permite que a imaginação e a criatividade levem o pesquisador a propor trabalhos que explorem novos enfoques, pois não se apresenta como uma proposta rigidamente estruturada.

3.1 Sujeitos informantes e local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida com pacientes cirúrgicos, convidados a fazerem parte de um grupo a ser composto para que os dados coletados fossem suficientes, permitindo uma certa recorrência das informações, ou seja, até constituir-se uma saturação das mesmas.

A amostra deste estudo foi aleatória. Constituiu-se de quarenta e quatro (44) pacientes de médio porte cirúrgico e de cirurgia eletiva³. Amostra considerada adequada quando se constatou a repetição regular, evidenciando saturação dos dados. Desses entrevistados, vinte e quatro não usaram um indutor do sono e vinte fizeram uso. Os que fizeram uso, só receberam o medicamento, quando estavam sendo conduzidos para o centro cirúrgico. Chegando no centro cirúrgico, recebia-os e, em seguida, eram conduzidos para a sala cirúrgica para o início da entrevista. Dos vinte e quatro pacientes que não fizeram uso do indutor do sono, oito pacientes foram entrevistados na unidade de internação, com quinze horas de antecedência da cirurgia e, dezesseis pacientes foram entrevistados no centro cirúrgico. Os participantes eram adultos, do gênero masculino e

³ Médio porte cirúrgico (colecistectomia, safenectomia, cesária). Cirurgia eletiva – pode ser programada com antecedência.

feminino, internados no mês de dezembro de 1998. Como critérios para compor a amostra, os pacientes deveriam estar em condições de verbalizarem seus sentimentos, emoções e necessidades, não estarem sob efeito de indutor do sono ou situação que os impedissem de serem informantes confiáveis e de participarem do estudo.

O cenário de escolha foi o Centro Cirúrgico e Unidades de Internação do Hospital de grande porte de Santa Maria – RS. Essas unidades foram escolhidas devido à maioria dos pacientes estarem chegando sob efeito do indutor do sono no centro cirúrgico e, conseqüentemente, não estava conseguindo realizar as entrevistas. Diante dessa situação, optei por entrevistar parte deles na unidade de internação, sem o indutor, e parte no centro cirúrgico, em torno de vinte pacientes, com ingestão recente do indutor do sono.

O local dessa pesquisa foi escolhido, porque foi nele que realizei minha formação profissional e onde também atuei no trabalho de docência por muito tempo. Da mesma forma, considero oportuno uma contribuição para a equipe de enfermagem, que tanto me prestigiou, enquanto fui docente nessa instituição.

3.2 Técnicas utilizadas para a coleta de dados

Para o tipo de abordagem proposto e para que pudesse compreender o problema à luz das Representações Sociais, utilizei, para a coleta de dados, a entrevista do tipo semi-estruturada (Anexo 1).

Para alguns autores, como Lüdke & André (1986), Minayo (1993) e Triviños (1994) a entrevista é um dos principais meios do pesquisador realizar coleta de dados, sendo considerada como um dos instrumentos básicos da pesquisa qualitativa.

Segundo Triviños (1994, p. 146),

a entrevista semi-estruturada, em geral, é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

X/ Para realizar a elaboração de um roteiro básico e flexível de uma entrevista semi-estruturada, enumerei as questões de forma mais clara e abrangente possível, isto é, perguntas fechadas e abertas, possibilitando discorrer sobre o tema proposto, sem que o mesmo pré-fixasse condições ou respostas do informante.

↳ Portanto, a liberdade de formulações de perguntas abertas visavam abrir o campo de explanação do entrevistado ou, até mesmo, aprofundar o nível de informações ou opiniões.

Minayo (1994, p. 122) considera que essas informações de opiniões perseguem vários objetivos:

- a descrição do caso individual;
- a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos;
- a comparabilidade de diversos casos.

Além desses objetivos que a entrevista semi-estruturada deve contemplar, também foi de suma importância a inter-relação no ato da entrevista, constituindo-se pelo seu caráter afetivo e existencial, considerando o contexto do dia-a-dia, as experiências e a própria linguagem do senso comum.

Todo esse envolvimento foi considerado como uma condição de maior aprofundamento de uma relação intersubjetiva, sendo considerada como ponto básico de uma abordagem qualitativa.

Nesta pesquisa, utilizei um roteiro que serviu de fio condutor para a apreensão das idéias dos sujeitos sobre a temática proposta (Anexo 1). Os depoimentos foram gravados, e posteriormente transcritos, facilitando a

análise compreensiva dos mesmos.

Para a escolha dos informantes usei como referência a planilha cirúrgica, identificando as cirurgias eletivas e de médio porte, selecionando-as de modo que as entrevistas não tivessem coincidência de horário, o que ocasionou a aleatoriedade da amostra, pois o horário coincidente se tornou critério de exclusão.

Como último critério, procurava informações com o anestesista sobre quais pacientes iriam tornar o indutor do sono, para, então, realizar entrevista na unidade de internação, ou no centro cirúrgico, caso não o utilizasse.

Cada entrevista foi identificada pelo lado de fora por código de identificação. Esse código foi feito segundo gênero (M ou F), idade, ordem da entrevista (E₁) e se o informante usava ou não indutor do sono (D ou ND). Desta forma, creio que foi respeitado o anonimato dos sujeitos e o sigilo a que tinha me proposto. Vale ressaltar que os dados só foram coletados com a permissão dos mesmos.

Germano (1993) reforça esta consideração, quando aborda que, no artigo 35, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a questão do consentimento do paciente na participação em pesquisas é de fundamental importância, porque é uma maior garantia para o pesquisador, maior segurança ao paciente, à equipe e à própria família.

Após o consentimento para participar no estudo, a entrevista semi-estruturada foi avançando, isto é, quebrando o gelo, criando um clima descontraído de conversa, propiciando, assim, uma interação mútua entre o entrevistador e entrevistado.

Os depoimentos duraram em média 25 minutos e foram gravados. Posteriormente, foram transcritos, facilitando a análise compreensiva dos mesmos. Portanto, quarenta e quatro entrevistas foram realizadas no pré-operatório, como também, no pós-operatório. Neste período, a entrevista só foi efetuada, após decorridas vinte e quatro horas da cirurgia.

Além da entrevista, houve certos aspectos que foram observados

pelo pesquisador, tais como gestos, lágrimas, gemidos, silêncios, que tiveram significados importantes e auxiliaram na elucidação dos resultados. Assim, a observação do pesquisador pode e deve se constituir em material empírico, desde que registrado de forma adequada e precisa.

Observar, conforme aponta Triviños (1994), "não é simplesmente olhar. Observar é destacar de conjunto (objetos, pessoas, animais, etc.) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho, etc.)". Desta forma, possibilita ao pesquisador apreender o significado que os sujeitos atribuem à realidade e às suas ações.

Portanto, a observação foi realizada para captar manifestações corporais, atitudes e expressões verbais dos pacientes cirúrgicos que, possivelmente, não foram apreendidas pela entrevista semi-estruturada.

A observação fez parte integrante do registro no pós-operatório, na qual buscava examinar, contemplar, observar e notar algo, através do comportamento do paciente, de forma cuidadosa, pensada, dirigida e objetiva, identificando, com isso, as possíveis anormalidades do paciente, ou mesmo os recursos físicos e mentais, do qual o paciente dispunha para auxiliar na sua própria recuperação.

Ao se avaliar os dados obtidos das observações, não foram consignados temas importantes na elucidação das R.S. sobre o medo, portanto não constam como material para análise nesta dissertação.

Quanto às anotações sobre comentários, queixas e questões gerais, muitas falas dos entrevistados apontaram para um problema freqüente nas instituições de saúde, que comumente passa despercebido, ou seja, da importância da participação do enfermeiro no período pré-operatório.

3.3 Análise dos dados

A análise incidiu sobre o discurso e a prática observada.

Posteriormente, dentro da temática, procedi à análise categorial-temática, buscando explicitar as categorias e conteúdos que emergiram das entrevistas e observações, conduzidas para a caracterização das Representações Sociais dos pacientes submetidos a cirurgias.

Portanto, a caracterização dos discursos desses pacientes foram realizadas através de análise de conteúdo.

Este método, segundo Bardin (1977, p. 42), "é um conjunto de técnicas de análise das comunicações". Isto não se trata de um instrumento, e sim, de procedimentos 'sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin (1977) considera que a inferência parte das informações das mensagens que é manipulada para a operação lógica dos conhecimentos, do emissor da mensagem ou do próprio meio.

Para que ocorra essa operação, é preciso, como primeira etapa, a descrição das informações, depois as deduções lógicas (inferência), para depois ser evidenciado o significado concedido a essas informações.

Fica claro que, em ambas as situações peculiares à informação, surgem de apreciação objetiva da mensagem.

A análise de conteúdo é, pois, "um conjunto de técnicas", e, se não tivermos clareza deste aspecto, também do campo teórico, o processo da inferência será muito difícil, pois estaríamos "alimentando" o conteúdo das mensagens.

Bardin (1977) considera três etapas básicas para a organização da análise de conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** é a organização do material. Tem por objetivo sistematizar as idéias e operacioná-las, de modo que as mesmas possam conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

Essa primeira etapa, segundo Bardin (1977, p. 100), possui determinadas operações: "de recorte do texto em unidades comparáveis, de

categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados”.

No entanto, essa fase nesse estudo, ocorreu com a organização propriamente dita de todo o material disponível. Depois, as idéias gerais das entrevistas foram sistematizadas em quadros compostos de registros, ou fragmentos das falas dos entrevistados que eram relacionadas ao tema da pesquisa. Esta forma de organização permitiu a análise e interpretação relativas às R.S. encontradas.

A outra etapa foi a **exploração do material**, que começou já na pré-análise, porém submetido a um estudo aprofundado. Nesta etapa, foram realizados os procedimentos de **codificação** (os dados foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitiram a descrição das características pertinentes do estudo) e de **classificação**.

Durante essa etapa, ocorreu a classificação segundo a formação da R.S., ou seja, ancoragem, objetivação e, conseqüentemente, as representações.

Já a última etapa, que é o **tratamento dos resultados obtidos e interpretação inferencial dos dados**, foi realizada a partir dos quadros obtidos. A inferência consistiu em interpretar os resultados dentro dos pressupostos teóricos que fundamentaram o estudo e, ao mesmo tempo, ajudaram a desvendar o conteúdo proposto nesta pesquisa. Após analisar os quadros, chegou-se a uma síntese das R.S. que originaram sugestões para o cuidado pré-operatório de enfermagem, na realidade estudada.

Assim, essa análise dos dados, de acordo com Bardin (1977) foi dinâmica, estrutural e histórica, ajudando a desvendar as representações sociais desses pacientes, no que diz respeito ao medo da cirurgia.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os pacientes entrevistados foram, predominantemente, do gênero feminino e na fase adulta. A religiosidade foi bem marcante nesses pacientes, pois todos tinham uma religião e acreditavam em Deus. A religião predominante foi a católica, com aparecimento da evangélica e da espírita, em menor número.

Quanto às profissões, foram as mais variadas possíveis, dentre elas dona de casa (16), aposentado (7), professor (3), empregada doméstica (3), agricultor (3), funcionário público (2), secretária (2), estudante (2), médica (1), bancária (1), militar (1), comerciante (1), pedreiro (1) e balconista (1).

Quanto ao grau de instrução dessas pessoas, 23 possuem o 2º grau completo, 11 possuem o 1º grau, quatro possuem o 3º grau e quatro são analfabetas.

Ressalta-se que eles internam geralmente no mesmo dia da cirurgia, estando, portanto, no hospital há não mais de 24 horas, indicativo da precária possibilidade de informações mais detalhadas sobre o processo de sua hospitalização e, conseqüentemente, sobre o processo cirúrgico a que irão submeter-se.

Outro dado importante, é que dos quarenta e quatro entrevistados, somente um desses teve a família ausente durante sua internação. Essa ausência ocasionou ao paciente alterações emocionais, preocupação, desconforto e insegurança para o seu momento cirúrgico. Como exemplo desta situação, temos o depoimento abaixo:

“estou mais ou menos tranqüila, não tenho familiar comigo. Minha maior preocupação é que não consigo notícias dos meus filhos, não sei como estão em casa. Tudo isso me dá uma coisa” (F40E₁₁D).

Os dados coletados foram agrupados, tanto de acordo com a questão em evidência, como de acordo com algumas características da análise, as quais buscam elucidar aspectos das RS sobre o processo cirúrgico.

Durante a organização desses dados, emergiram aspectos sobre a formação das RS que incluem a experiência anterior dos entrevistados, as informações, de qualquer origem, sobre a cirurgia, que permitiam o processamento da internalização e expressão pela ancoragem, como forma mais comum evidenciada. Já o processo de objetivação não foi facilmente identificado nas falas como modo de formação das RS, provavelmente em consequência da ausência de referências, entre os entrevistados, que permitissem alguma associação com imagens aproximativas do processo cirúrgico.

Diante destas questões, optei por apresentar os resultados na forma de quadros comparativos, que pudessem evidenciar possíveis relações entre essas RS e o medo referido da cirurgia.

Nesses quadros, foram agrupados pacientes que usaram e os que não usaram o indutor do sono. Os pacientes que recentemente tinham tomado o indutor do sono não conseguiam expressar suas considerações por muito tempo, porque logo sentiam-se sonolentos. Por isso, senti a necessidade de avaliar a linguagem expressiva de duas realidades, parecendo que os pacientes que não usavam o indutor do sono relatavam suas considerações com mais profundidade e clareza.

QUADRO 1 – Procedência dos pacientes entrevistados.

Local	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Outras Regiões do RS	8	11	19
Santa Maria	6	6	12
Região Central do RS	4	6	10
Outros Estados	2	1	3
TOTAL	20	24	44

Como se observa no Quadro 1, os pacientes entrevistados são procedentes de outras cidades e Estados, revelando um movimento

migratório intenso, que poderia determinar uma certa inconsistência nos modos de pensar e conduzir as ações de saúde, inclusive sobre a organização e funcionamento das instituições assistenciais.

Porém, posso adiantar que houve uma relativa aproximação entre os relatos, considerando-se que são provenientes de áreas culturalmente semelhantes.

QUADRO 2 – Residência atual dos pacientes entrevistados.

Local	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Santa Maria	11	16	27
Região Central do RS	5	3	8
Outras Regiões do RS	4	4	8
Outros Estados	---	1	1
TOTAL	20	24	44

Observa-se, no Quadro 2, que, dos pacientes entrevistados, 27 mantinham residência em Santa Maria, enquanto que 16 moram em áreas próximas da cidade, exceto um paciente, que reside em outro Estado.

Não conhecendo o tempo de domicílio na cidade, posso tão somente deduzir que há algumas oportunidades de experiências semelhantes em relação à questão da pesquisa que mereceriam ser melhor estudadas, uma vez que, como veremos a seguir, pertencem a origens étnicas diferentes.

Assim, observamos tanto elementos de agregação como de diferenciação das R.S., o que se constitui em fator de relevância para um maior rigor metodológico.

QUADRO 3 – Origem cultural dos pacientes entrevistados.

Descendência	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Italiana	3	8	16
Alemã	2	7	9
Brasileira	2	6	8
Castelhana	3	1	4
Espanhola	3	--	3
Árabe	--	1	1
Índia	--	1	1
Portuguesa	1	--	1
Inglesa	1	--	1
TOTAL	20	24	44

Como se observa no Quadro 3, os pacientes entrevistados possuem diversidade cultural. A origem brasileira aparece em 8 deles, enquanto que 36 são de outras origens. Isso vem indicar que a forma de ancoragem e de objetivação podem ser diferenciadas e as representações devem seguir este padrão, uma vez que a lógica de sua formação tem referência com os modos sociais e culturais de trocas de informação e experiências coletivas nos grupos de origem. Assim, é possível, embora não fosse objeto deste estudo, que italianos, alemães, brasileiros, e assim por diante, possam ter reações diferentes e, portanto, R.S. também diferentes, o que pode explicar o leque de afirmações que se fizeram presentes.

Outro aspecto que é oportuno esclarecer, é que não foi interessante organizar os dados de acordo com as questões do instrumento, na perspectiva da busca de informações sobre R.S. Assim, foram demarcadas aquelas informações que pudessem representar, de alguma forma, registros ou de ancoragem ou de objetivação, caracterizando o aparecimento das representações.

Nesse sentido, como pesquisadora, fui à busca daquelas falas que pudessem indicar os modos como as pessoas entrevistadas passavam e percebiam as experiências, como elas relatavam a sua experiência anterior, que ligações elas faziam com essas experiências, de modo que o conjunto

de dados pudessem fornecer uma idéia dos registros da ancoragem para formação das representações sociais sobre o processo cirúrgico entre os entrevistados.

Dessa maneira, apareceram, como demonstra o Quadro 4, uma série de grupos de registros selecionados em relação à ancoragem, na formação de R.S. sobre o medo do ato cirúrgico.

QUADRO 4 – Registro de ancoragem dos entrevistados na R.S. sobre o medo do ato cirúrgico.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Noção de sua cirurgia	20	24	44
Experiência pessoal/familiar bem sucedida	15	17	32
Confiança no sistema de saúde	22	7	29
Símbolos e rituais religiosos significativos	16	11	27
Informações profissionais	15	7	22
Sem informações atuais	5	14	19
Experiência pessoal/familiar mal sucedida	5	6	11
Cuidados de rotina	6	5	11
Cuidados humanizados	--	7	7
Informação pela mídia	2	3	5
Limpeza e instrumentos	--	2	2
Cheiro/odor	--	2	2
Desconfiança no profissional	1	--	1

Entre os pacientes entrevistados, conforme apresentado no Quadro 4, apareceram 66 (setenta e seis) referências ligadas à informação sobre a cirurgia, fornecendo um lastro para o paciente imaginar como se daria esse processo, correspondendo à soma dos registros dos itens "noção de sua cirurgia" e "informações profissionais". Essa informação, de origens diversas, produz um tipo de experiência que poderá ancorar emoções, inclusive relativas à cirurgia, podendo ser positivas ou negativas. A ancoragem de emoções negativas resultará, possivelmente, em R.S. negativas, como por exemplo, o medo, na medida em que, neste caso, poderá resultar em dificuldades relativas ao processo cirúrgico.

No entanto, independente da informação lhe servir como forma de tranquilização ou não, sendo adequada, precisa e numa linguagem acessível à pessoa, possivelmente permita que ele faça uma imagem ou uma representação social do seu processo cirúrgico de uma forma positiva, como veremos mais adiante. Como exemplo desse registro, temos os depoimentos abaixo, que expressam os modos como eles se aproximam do tema.

“Eu não consigo urinar direito e tenho que realizar uma cirurgia de próstata, porque ela está aumentada” (M67E₅ND).

“Tenho veias entupidas, tenho que me operar, porque já sei que isso é perigoso” (F34E₁₅D).

“As gurias disseram que um pouco antes de eu vir para o bloco, elas iriam me buscar no quarto. Era para eu tomar um banho e logo colocar o avental. O médico explicou, no seu consultório, como ele iria fazer a cirurgia. O anestesista me deu uma cartilha e conversou comigo” (M46E₉D).

“Sempre a gente ouve na televisão, e outras pessoas comentam sobre cirurgia, mas nunca me apavorei” (M18E₁₇ND).

No entanto, essas expressões configuram, quando Moscovici (1981) enfoca que a ancoragem está ligada a um ponto de referência reconhecível, isto é, aproximamos o desconhecido de algo conhecido.

Também apareceram quarenta e três referências ligadas às experiências prévias, nas quais as pessoas ancoram imagens sobre o desconhecido. Representação não advém somente de bases cognitivas, mas também, de experiência, de modo que tenho convicção que, ao informar e permitir que o paciente conheça o local onde a cirurgia será feita, bem como as pessoas que dela farão parte, as imagens produzidas serão menos ameaçadoras, produzirão menos estresse e medo. Como exemplo,

temos os depoimentos abaixo, que indicam alguma familiaridade com o evento, de modo que as R.S. possam ser edificadas em bases mais concretas, mesmo que em alguns casos filtradas pela percepção subjetiva do próprio informante ou de pessoas que lhe contaram suas experiências.

“Eu fiz duas cesárias e uma para retirar o nódulo, há 15 dias atrás no centro médico” (F49E₇D).

“Já fiz cirurgia. Uma cesária e mais nada. Sempre se fala né! Com alguém que já passou. O meu marido já fez cirurgia, quando chegou lá, desmaiou” (F40E₂₂ND).

“Já fiz uma cesária e tirei as trompas. Já vi comentário sobre cirurgia, as pessoas assustam, mas não dei bola, porque eu já fiz cirurgia” (F50E₁₈ND).

“Minha mãe fez várias e eu já fiz duas. Com 11 anos fiz adenóide e, há pouco tempo fiz de ouvido que não teve sucesso e, é por isso que estou fazendo novamente” (F40E₄D).

Outros aspectos, como confiança no sistema de saúde, símbolos, rituais religiosos significativos, também apareceram em grande quantidade, indicando, mais uma vez, que esse conjunto de dados pode de alguma maneira referir-se a essas imagens que o paciente possui. Dessa maneira, inclusive, pode explicar mais claramente o que pensa sobre o fato. Há situações em que o entrevistado não recebeu orientações, embora manifestasse desejo de obtê-las. Como exemplo desse registro, podemos ver, nos depoimentos dos pacientes, que outros elementos podem ancorar representações como, por exemplo, crenças e valores. Neste caso, tais crenças e valores se constituem em representações mais constantes que implicam em atitudes coerentes, de modo que se ajustem aos comportamentos esperados socialmente. As imagens resultantes serão representações efetivamente, ou regras pré-admitidas que sustentam comportamentos e emoções? Como exemplo disto, sabemos que a crença

no destino pode implicar em aceitação incondicional de qualquer evento como algo que devia acontecer e, neste caso, não valerá a pena amedrontar-se antecipadamente.

Porém, os dados, embora sugiram tais influências não permitem afirmações tão categóricas.

“Não tenho dilatação, não tenho contração e, o médico achou melhor fazer cesária, porque eu já tinha feito da outra vez” (F27E₂ND).

*“Eu tenho medo, acho que é pela insegurança, pelo **bebê** se tudo vai ocorrer bem com ele, é bem coisa de mãe” (F22E₁₀ND).*

“Tenho muita fé em Deus, tem muita gente rezando por mim e, estou entregue prá Deus” (F53E₁₄D).

“Eu sou espírita, fiz a minha prece antes de vir para o hospital, já pedi auxílio espiritual, eu estou tranqüila assim, se for a hora, qualquer coisa quando chegar tal hora, não existe espírito ruim prá gente” (F47E₆D).

“Não fui orientada por ninguém. O anestesista chegou ligeiro, ligeiro, ligeiro e me disse bem pouquinho algumas coisas. Gostaria que tivesse me explicado como iria ser minha anestesia, como eu iria ficar para ele me anestesiar, enfim o que ele pudesse” (F53E₁₄D).

As demais informações como cuidados de rotina, cuidados humanizados, limpeza e instrumentos, cheiro e odor apareceram em menor quantidade, mas foram também significativas. Denotam aspectos estéticos que podem se tornar importantes referências das R.S. Esses registros aparecem de forma clara nos depoimentos dos pacientes apresentados a seguir:

“eu cheguei, só me fizeram o toque, auscultaram o nenê e verificaram a minha pressão” (F35E₈ND).

“a enfermagem só falaram que tinham que me depilar, que eu tomasse um banho, colocasse essa camisola, que quando chegasse a hora da cirurgia vinham me buscar” (F70E₂₀ND).

“foi uma moça, uma enfermeira, só assim que ela me disse: toma banho antes da cirurgia, coloca essa roupa, tira as calcinhas e, depois me deu dois comprimidinhos para tomar” (F51E₅D).

“no CC tem bastante gente que conversa com a gente, a senhora era uma. Lá a gente não fica sozinho, tem um monte de pacote fechado, aparelhos prá ocuparem na cirurgia. Tudo limpo e esterilizado” (M20E₂₄ND).

“eu já passei por lá tem um cheiro de remédio, tudo limpinho, branquinho” (F52E₁₄ND).

Como demonstrado, os entrevistados têm necessidade de atribuir-se algum conhecimento sobre a situação, ora para designar sua experiência ou de outrem, ora para indicar sua atenção ao que se refere ao seu problema e como está sendo solucionado. Qualquer fragmento de informação que lhes permita algum controle sobre os acontecimentos pode ser uma oportunidade para organizar seu pensamento e produzir algum tipo de R.S.

É interessante, porém, que questões de desconfiança no profissional aparecem em apenas uma oportunidade, com os pacientes entrevistados.

Em relação ao agrupamento dos pacientes, percebe-se que entre os que usaram indutor do sono, as expressões não foram diversificadas, mas proporcionaram um menor número de registros de ancoragem desses entrevistados. Um registro que nunca apareceu nas expressões desses entrevistados foi o cuidado humanizado. Torna-se oportuno uma pequena análise, visto que os pacientes que não usaram o indutor do sono conseguiram expressar com mais facilidade suas respostas, enquanto que os que o usaram não tinham uma linguagem expressiva muito extensa e clara, devido à presença do sono.

Assim, para a enfermagem, a orientação pré-operatória deve ser considerada durante momentos de maior lucidez, permitindo a construção de imagens ancoradas em informações claramente compreendidas.

Esse conjunto de registros foram âncoras de núcleo forte, que designaram questões representacionais importantes, algumas positivas, outras negativas. Esta consideração deve-se ao fato de sua repetibilidade nos discursos dos entrevistados.

Na literatura corrente sobre RS, não há relatos sobre a possibilidade de se classificar a ancoragem em positiva ou negativa. No entanto, o estudo demonstra que as informações ou experiências negativas podem se transformar em âncoras formadoras de representações negativas, enquanto que as experiências ou informações positivas podem se tornar âncoras formadoras de representações positivas. Isto me estimulou a tentar elaborar neste trabalho quadros que indicassem quais seriam os registros de ancoragem positiva e quais seriam os registros de ancoragem negativa.

QUADRO 5 – Registros de ancoragem positiva dos entrevistados.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Estou vivenciando positivamente o momento cirúrgico	17	16	33
Com fé vou conseguir	8	7	15
Tudo deu certo	4	7	11
Nunca me assustaram	7	2	9
Sinto dor por muito tempo	2	5	7
Sempre pensa em coisas boas	2	--	2
Vou me cuidar	--	1	1
Recebi orientações	--	1	1

Dos pacientes entrevistados, conforme apresentado no Quadro 5, 33 já tinham passado por centro cirúrgico e, entre os demais, alguns relataram que já tinham falado com alguém que tinha passado pelo momento cirúrgico, ou até mesmo, muitos abordaram que já tinham visto alguma coisa na

televisão.

Outro dado importante, por parte desses pacientes foi a âncora da fé. Observei que muitos faziam sinal da cruz, antes de iniciar a cirurgia.

Quanto à referência de dor por muito tempo, que aparece nas falas de 7 desses pacientes, em geral referem-se a algo que os aflige e que pode ser resolvido pela cirurgia, embora não tenham expressado nenhuma informação que lhes confirme a expectativa, durante a entrevista. Assim, pode tornar-se elemento propiciador de expectativas positivas, fazem com que o ato cirúrgico se torne em evento igualmente positivo, cujos transtornos podem ser esquecidos diante da possibilidade de alívio.

Como exemplo desse registro, podemos ver, nos depoimentos dos pacientes, que a referência às suas experiências são elementos fortes na formação representacional.

“Sim, eu mesmo já passei por cirurgia” (M56E₃D).

“Já fiz oito, já vou prá nona agora” (F34E₁₂D).

“Eu já fiz uma pequena cirurgia de uma fistula” (M67E₅ND).

“Eu já fiz quatro cirurgias e uma delas tive mais chance de morrer do que viver” (M68E₁₀D).

“Eu tenho muita fé em Nossa Senhora que vou conseguir” (F34E₁₅D).

“Eu fiz uma curetagem e tudo deu certo” (F36E₁ND).

“Também já passei por 7 cirurgias todas deram certo e, esta também vai dar” (M51E₃ND).

“A gente fala com um e com outro, sobre cirurgia, mas nunca ninguém me assustou” (F44E₁₅ND).

“Ih! Já faz tanto tempo que estou com dor no lado direito” (F46E₁₃ND).

No entanto, esses depoimentos vêm elucidar o quanto existem âncoras positivas, que nem a percebemos durante os depoimentos dos pacientes. Também, aparece no Quadro 6, registros de âncoras negativas que estão expressas a seguir.

QUADRO 6 – Registros de ancoragem negativa dos entrevistados.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Paciente nunca vivenciou o momento cirúrgico	3	8	11
Assustaram, receio	4	3	7
Mal-estar e sensação ruim	4	--	4
Profissionais apenas cumpriam tarefas	1	--	1
Desprezo por si mesmo	--	1	1
Arrependimento por ter feito cirurgia	--	1	1
Não esperava resultado negativo	--	1	1

Como se observa no Quadro 6, dos pacientes entrevistados 11 não tinham passado por centro cirúrgico. Outro fato importante, é que 8 desses pacientes que não vivenciaram esse momento, não fizeram uso de indutor, enquanto que 3 desses entrevistados fizeram o uso do indutor.

É possível que essa ancoragem negativa não esteja completamente refletida nos dados, uma vez que além de não experienciarem esse momento anteriormente, não estavam usando o indutor do sono. Será que esses pacientes estão de fato sem medo de sua cirurgia? Será que o indutor do sono pode ajudar a minimizar esta emoção, ou apenas altera a percepção? De fato, nesta pesquisa, a preocupação se volta especificamente para as R.S., ou seja, para os modos peculiares deste grupo abordar a situação que vivenciam.

Como ilustração, temos depoimentos dos pacientes, apresentados a seguir:

“nunca fiz cirurgia. A minha mãe já fez uma de tireóide que é essa que vou fazer hoje, já o meu pai tirou um dedo do mingo” (F44E₁₅ND).

“tem outras pessoas que são bem negativas, que acabam passando prá gente. Hoje mesmo teve uma senhora dizendo prá mim que uma pessoa conhecida dela teve que tirar a mama, mas o problema é o dreno e já me assustou” (F53E₁₄D).

“sala de recuperação é um lugar terrível e já passei por lá. Que sensação ruim que tenho” (F41E₈D).

“elas praticamente não me disseram nada, só cumpriam os horários” (M68E₁₀D).

Surge, então, novamente, relação entre informação e R.S., tanto quando ela ocorre, como quando está ausente, definindo parâmetros de acordo com uma rede de outras experiências.

QUADRO 7 – Registros de possibilidades de objetivação dos entrevistados.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Aproximações sucessivas com experiências alheias para identificar seu processo	6	5	11
Sem referência anterior para estabelecer identificação com a situação cirúrgica	1	7	8

Observa-se, no Quadro 7, que a representação desses pacientes está sendo pouco processada pela objetivação.

Esse obstáculo surgiu, talvez, pela dificuldade que a maioria dos pacientes tinham em direcionar a memória para fora da realidade que estavam vivenciando no momento, isto é, não faziam uma retrospectiva de suas vidas que pudesse ajudar nas respostas que estavam dando no

momento, e, sim, respondiam de acordo com elementos atuais, constituídos, talvez, por aqueles mais emergentes. Moscovici (1978) reforça essa consideração, quando diz que a objetivação tende a dirigir a memória para fora, derivando conceitos, forma/figura acerca do objeto para concretizá-los e reproduzir representações no mundo externo.

Outro dado que veio configurar a possibilidade de alguma objetivação por parte dos entrevistados, foi que oito pacientes tiveram maior dificuldade para formar representação, pois estavam sem referência com a qual pudessem elaborar uma imagem sobre o evento.

Como exemplo dessa categoria, podemos avaliar o depoimento apresentado a seguir:

“eu nunca fiz cirurgia, mas já falei com várias pessoas. A minha irmã fez do nariz, a minha mãe de varizes, e eu hoje, de mama, também vai dar certo” (F17E₂₁ND).

Verifica-se, no Quadro 8, que dos pacientes entrevistados, 30 possuem a representação do centro cirúrgico como um local onde se faz necessária alta responsabilidade por parte de todos os profissionais, sendo, também, um local que tem diversos instrumentos que, no seu imaginário, são fundamentais para a realização da cirurgia. Como ilustração a respeito desses registros apresentados, serão abordadas algumas falas dos entrevistados.

“Imagino como uma coisa que tem alta responsabilidade e com aparelhagem” (F40E₄D).

“Vem na minha cabeça que é um local que é prá vida da gente, bem dizer, salvar a gente. Tem aparelhos, como também, médicos e enfermeiras com muita responsabilidade” (F50E₁₈ND).

QUADRO 8 – Registros de representações dos entrevistados que prestaram informações no pré-operatório em relação ao ambiente do centro cirúrgico.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem uso de indutor do sono	Total
CC ⁴ é um local de alta responsabilidade e com diversos instrumentos	12	18	30
SR ⁵ os pacientes gemem e leitos próximos	11	8	19
Depois do sofrimento vem o alívio	9	9	18
CC tem estrutura grande	5	11	16
CC tem diversos profissionais/pacientes desconhecidos e numerosos	--	14	14
CC tem luminária artificial e cama estreita	5	9	14
SR tem muito ruído e barulho	5	7	12
CC é claro, limpo e silencioso	5	5	10
CC é um local de infecção	1	9	10
Processo cirúrgico e anestésico	5	4	9
Propicia saúde e humanização	3	5	9
Ambiente estranho	3	4	8
Vestiário especial	1	7	8
Frieza das pessoas	5	2	7
Cheiro de remédio	1	3	4
A cirurgia vai resolver o problema	--	4	4
Não reconhecem o enfermeiro na SR	--	4	4
Amarram as pessoas	--	3	3
A imagem da TV é a realidade	--	3	3
CC é barulhento	--	2	2
Local onde se dá pontos	--	2	2

“Vem bem assim, luz redonda grande, uma mesa do lado com aparelhos, tudo né! Bisturi e essas coisas que os médicos usam, que estão aqui no meu lado” (F17E₂₁ND).

Outro dado importante, que 18 dos pacientes apresentaram, é que após o sofrimento vem o alívio. Isso demonstra que os pacientes cirúrgicos passam por momentos de dificuldades e de insegurança e acabam por

⁴ CC – centro cirúrgico.

⁵ SR – sala de recuperação.

formar um tipo de representação, ou seja, a idéia de que é um mal necessário, se referido após o ato cirúrgico.

“Neste momento, estou aliviada, já passei por aquele lugar. Já estou livre, eu não gosto e espero não precisar ir mais para o CC” (F44E₂D).

“Agora estou aliviada, porque tudo deu certo. Ganhei outra menina, não importa, veio com saúde” (F27E₂ND).

Quanto à estrutura grande do centro cirúrgico, foram encontrados outros registros de representações dos pacientes que passaram pelo momento cirúrgico. Essa dimensão de área foi indicada por 16 dos entrevistados, sendo considerado um número significativo de representação. Provavelmente, o espaço não seja tão grande assim, como os pacientes estão vendo. No entanto, eles o estão avaliando de uma posição diferente, que é o decúbito dorsal. Estamos acostumados a visualizar as coisas em pé ou sentados, e quando em posição horizontal, a distância dos objetos representa ser maior, mudando a perspectiva sobre o espaço. A relação do entrevistado com o espaço assumiu proporções no mínimo instigantes, como veremos a seguir:

“parece que é grande o CC. Estava deitada naquela maca, andava, andava, até que cheguei” (F52E₁₁ND).

“lá prá mim é grande, tem sala – sala (...) Que grande, bastante camas” (F70E₂₀ND).

“CC prá mim é um lugar que é grande, mas esperava que a minha sala fosse maior” (F53E₁₄D).

Outros registros importantes, que indicam representação dos pacientes cirúrgicos, ainda em relação ao espaço, foi a observação da existência de diversos profissionais, pacientes desconhecidos e numerosos, luminária artificial e cama estreita. Isso revela que, nos pacientes cirúrgicos, a quantidade e a especificidade estão presentes no seu imaginário, ou seja, a designação de objetos e pessoas permite algum contorno à sua imagem, de modo que o indivíduo se situa como estranho àquele espaço. O que pode dar-lhe algum alívio é a percepção da provisoriedade de sua permanência ali.

“É um local onde passam pessoas, cada um diferente, um monte de médico, de gente” (F22E₁₀ND).

“Quanto à estrutura humana, tem médicos, enfermeiros, auxiliares, instrumentadores” (F46E₂₃ND).

“Prá mim, é lugar que tem uma luz bem grande que fica sobre a gente, cama estreita que não dá muito prá se mexer, tem bastante gente cada um com sua função” (F35E₈ND).

“Prá mim, é uma rodinha lá, olhou e terminou o mundo” (M71E₁₂ND).

Também foi considerado pelos pacientes que o CC é claro, limpo, silencioso e local de infecção. No seu imaginário, essa clareza dos fatos deve-se às diversas âncoras que fazem parte do seu mundo real, de modo que associam ordem, asseio e silêncio, provavelmente a algum resquício simbólico ligado ao ato cirúrgico, como um momento “sagrado” de manuseio do corpo.

Barbier (1994) vem configurar com esses registros, quando aborda que o mundo real é decodificado através de conceitos, ou seja, imagens orientadas pela capacidade perceptiva.

“Eu acho lá tudo limpinho, branquinho, mas eu penso: meu Deus será que eu vou sair daqui” (F52E₁₄ND).

“Eu acho que no CC pode ter infecção hospitalar” (M64E₁₈D).

“O corredor é grande, parece que nunca acaba, mas o vazio continua, é um silêncio na sala cirúrgica antes até de tudo começar” (F51E₆ND).

Outro dado importante, que aparece em 18 dos entrevistados, é que consideram o evento, ou seja, o processo cirúrgico e anestésico, ou tão somente o local, que lhe propicia saúde e humanização. Existem outros dados, nos quais se configura o CC como ambiente estranho, tendo vestiário especial e frieza das pessoas. Esta intensificação da diferenciação pode ligar-se à necessidade de assimilar o evento em sua provisoriedade e contingencialidade, como comentado anteriormente. A frieza foi associada ao espaço e aos equipamentos, conforme os seguintes registros:

“é um local do hospital que vai recondicionar gente, que vai devolver a saúde. Nunca pensei em morrer. Daqui fui trazido prá cá, prá ser corrigido de uma deficiência física” (M68E₁₀D).

“eu acho um lugar muito frio, não sei. Na minha imagem, vem pouca coisa, muito maquinário aquela coisa fria” (F35E₁₃D).

“a impressão que tenho é um local frio, meio triste assim, porque tu enxerga muita porta e poucos funcionários. Olha prá paredes e eu mesmo me situei no subsolo, um lugar tão frio, me lembrei de sepultura” (F50E₇ND).

“o que tem lá é uma equipe que vai me cortar, me operar, vão me anestésiar. Todos com suas mascarazinhas, tesourinhas e aquelas outras coisas” (M60E₁₆ND).

Em relação à sala de recuperação, apareceram registros de representação, tais como pacientes que gemem nesse local e leitos muito próximos, em 19 dos entrevistados. O ruído e o barulho na sala de recuperação, também foram relatados por 12 dos pacientes cirúrgicos. A noção de quantidade parece consideravelmente distorcida, porém, se relacionada à sua experiência cotidiana com seu quarto, com pouco espaço e uma cama, pode resultar em efeitos que se aproximam das ilusões óticas.

“Na sala de recuperação tem bastante cama, uns que gemem, choram, uns que falam alto, é bem movimentada” (M67E₅ND).

“Na sala de recuperação, uns quantos gemem, tem um negócio que faz bi-bi-bi, não é muito bom ficar lá” (F22E₁₀ND).

“Prá mim, sala de recuperação tem bastante camas, uma perto da outra, que eu conseguia até olhar num visor, os batimentos cardíacos do paciente ao lado. Não tem divisórias, é uns que gemem, outras crianças que choram, barulho prá lá, prá cá que gozado lá tinha que ser silencioso” (F17E₂₁ND).

Os demais registros, embora tenham aparecido em menor quantidade, foram também significativos, expressos de forma clara nos depoimentos dos pacientes, tais como:

“como foi difícil de conseguir leito, ligava quase todos os dias de Livramento, e o funcionário da internação até já me conhecia. Eu achava que ficava todo envergonhado em dizer que não tinha leito. Agora que eu consegui é que tenho me tranquilizar” (F50E₇ND).

“eu acho que CC tem aquele cheiro que tem aqui de esterilizado, eu acho né! de medicação, já me dá uma coisa, um aperto” (F40E₁₁D).

“outra impressão que tenho que atam os cabelos, amarram as pessoas, barulhento, ninguém conversa com a gente é um lugar horrível” (F52E₁₄ND).

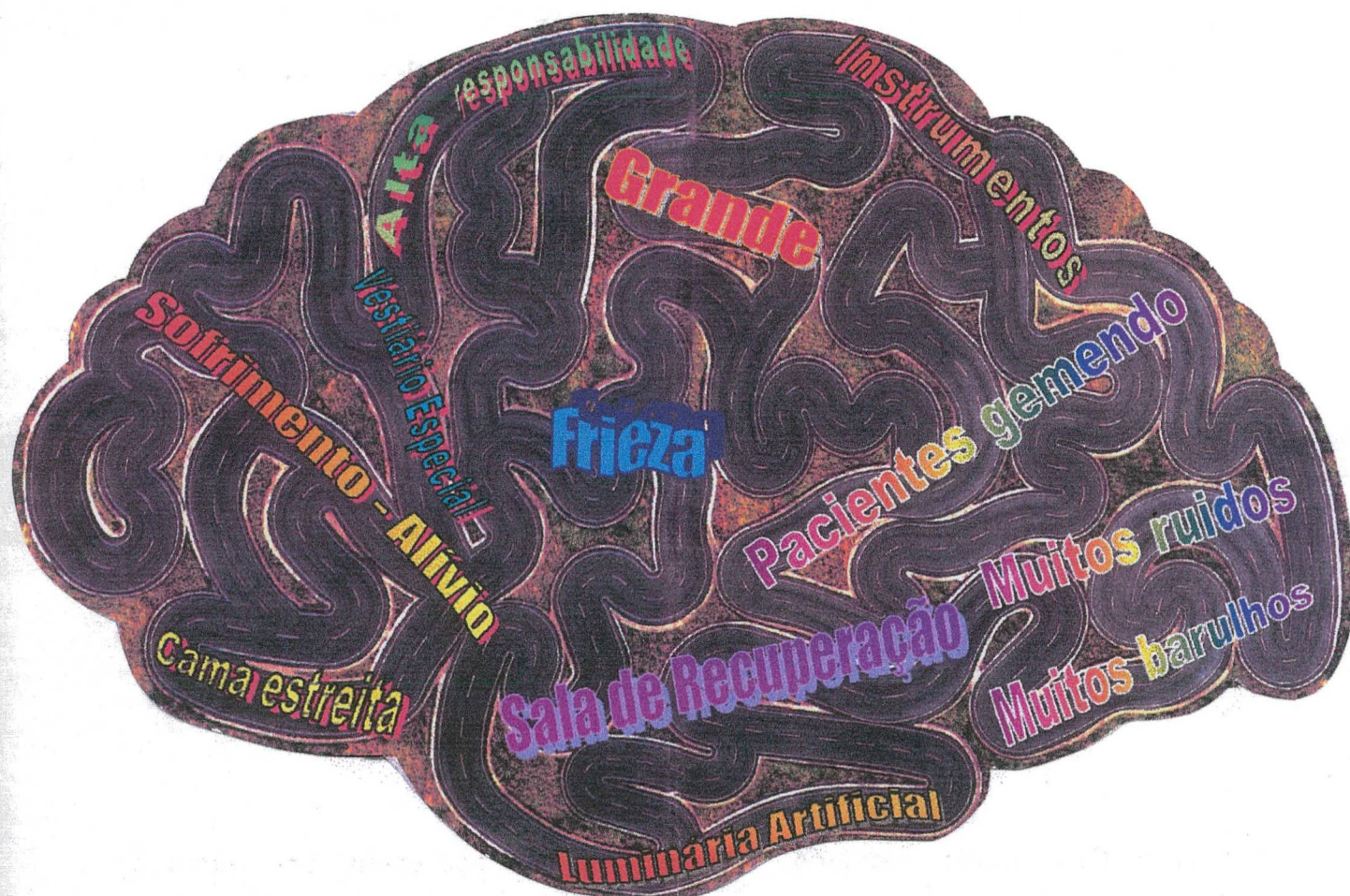


FIGURA 2 - Formação das R.S. dos pacientes cirúrgicos, em relação ao ambiente do centro cirúrgico.

Essas representações apresentadas nesse último quadro não foram identificadas como representações positivas ou negativas. No entanto, torna-se oportuno elucidarmos que, na linguagem expressiva dos entrevistados, apareceu como representação negativa importante a presença do medo.

QUADRO 9 – Registros das condições emocionais referenciados pelos entrevistados.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Medo	13	18	31
Tranqüilos sem medo	4	6	10
Tenso	1	6	7
Nervoso	1	5	6
Ansioso	1	5	6
Calmo devido remédio	5	--	5

Como se observa no Quadro 9, dos pacientes entrevistados, 31 relataram medo, sendo que 18 desses pacientes não usaram o indutor do sono e 13 usaram o indutor do sono, podendo indicar que os pacientes que utilizam o indutor do sono podem vir mais tranqüilos, menos tensos, menos ansiosos, menos nervosos, não significando, porém, a priori, melhores condições no trans e pós-operatório. É importante lembrar que as referências foram espontâneas, uma vez que as questões não faziam estritamente alusão ao medo.

Por outro lado, o termo “nervoso”, no Brasil, tem conotações diferentes de seu sentido lingüístico, podendo significar “medo”. Diante da perspectiva de um acontecimento inusitado, diante do qual sua normalidade física ou emocional possa ser ameaçada, a expressão que algumas pessoas usam para expressar medo é sempre “estou nervoso”, revelado nas falas a seguir:

“nervosa não e sim medo” (F52E₁₄ND).

“ah! Muito nervosa, tô-tô-tô nervosa, não sei o que vou fazer” (F36E₁ND).

“ah! Uma certa ansiedade, tensão né!” (F27E₂ND).

“neste momento, estou nervosa, com medo, ansiosa. Tou louca que inicie duma vez” (F44E₂D).

“na unidade me deram um remédio, acho que por isso que estou calmo” (M46E₉D).

“agora tomei um remedinho, estou meio assim, né! Agora estou bem, mais calma” (F35E₁₃D).

Essa quantidade expressiva do medo, porém, não está relacionada somente com algo perigoso, mas também com a falta de informações, diante de objetos ameaçadores, familiarizados e não-familiarizados, variando com a mudança de vida e de valorização de cada ser humano.

Isso, se aproxima do que Ulich (1985) afirma, quando aborda que o medo não consiste somente como algo perigoso, e sim, depende de fatores tanto subjetivos como objetivos.

Para Carpenito (1997, p. 283), “o medo é adaptativo e é uma reação saudável ao perigo”. O medo faz parte na vida do ser humano, evolui de situações reais ou imaginárias.

QUADRO 10 – Profissionais que prestaram informações no pré-operatório, referidos pelos pacientes.

Profissionais	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Cirurgião	11	10	21
Anestesista	10	7	17
Não foi orientada	4	12	16
Enfermagem	5	4	9

Observa-se, no Quadro 10, que a orientação pré-operatória foi feita predominantemente pelo cirurgião. Conforme relato dos pacientes, 21 dos casos ocorre no consultório médico. As orientações do anestesista, segundo os pacientes são irregulares, porque nem todos explicavam sobre a anestesia que o paciente iria receber. Muitos deixavam uma cartilha para o paciente ler, dizendo que continha todas as orientações. Alguns

anestesiastas procuravam identificar outros problemas, através dos exames realizados, perguntando em relação ao medo da cirurgia.

Observa-se no quadro que a enfermagem é ausente quanto às informações pré-operatórias, pois um número reduzido (9) desses pacientes relataram cuidados pré-operatórios por estes profissionais, verificando pressão e temperatura, sugerindo banho e tricotomia antes da cirurgia, como também a necessidade de usar o avental. Também consta nos depoimentos a hora em que alguém da enfermagem conduz o paciente para o centro cirúrgico.

Outro dado que se destacou é que a metade dos pacientes (12) que não tomaram o indutor do sono não receberam visita pré-operatória por nenhum profissional.

“Só o médico que me orientou que a partir das 8:30 de hoje, não tomasse mais nada. O resto das orientações me explicou antes, no consultório” (F46E₁₃ND).

“A minha médica me explicou o que ia fazer. O anestesista não explicou como ia fazer a anestesia. Só me perguntou como estavam meus exames e eu disse todos bons. A enfermagem nunca me explicou nada” (F17E₂₁ND).

“Ninguém me explicou nada, só o médico disse que não vou conseguir enxergar perfeito” (M64E₁₈D).

“Fui orientada pelo anestesista através da cartilha. Ele disse lê bem essa cartilha que as orientações estão todas aí” (F40E₄D).

“Fui orientada pelo médico e pela enfermagem. A enfermagem foi ótima me explicou tudo o que foi necessário” (F69E₁₆D).

“Não fui orientada por ninguém. O anestesista chegou agora ligeiro, ligeiro, e me disse bem pouquinho algumas coisas. Gostaria que tivesse me explicado melhor sobre a anestesia, e não essa correria” (F53E₁₄D).

Observa-se, no Quadro 11, relativamente poucos registros de fatores associados pelos entrevistados com o processo do medo. Desses, 13 é devido à anestesia, ficando a cirurgia em si 10 relacionada ao medo. É provável que essas duas categorias apareceram com maior relevância, porque se relacionam com o corpo. Ambas podem causar desconfortos na imaginação dos pacientes, além de representarem uma entrega à manipulação do corpo, quando o indivíduo está sem defesas. A invasão do corpo, pela incisão cirúrgica, pode suscitar fantasias de agressão.

QUADRO 11 – Registros dos fatores associados pelos entrevistados ao processo do medo.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Anestesia	7	6	13
Cirurgia	4	6	10
Dor, morte, SR	3	4	7
Financeiro	--	1	1

A dor, a morte, a sala de recuperação apareceram como dados importantes, com frequência de 7 pacientes. O fator financeiro surgiu em apenas uma oportunidade com os entrevistados, no momento do pré-cirúrgico. Surpreendentemente, portanto, a morte e a dor têm pouca relação com o medo, parecendo ser este mais associado as fantasias não enunciadas sobre o processo anestésico e/ou cirúrgico. Considerando-se a cultura brasileira sobre o corpo como objeto de prazer, em vários sentidos, sua manipulação em procedimentos agressivos pode evocar sensações imaginárias de desprazer, o que causaria o medo assim relatadas:

“eu tenho medo mesmo é da anestesia, porque a outra vez, passei muito mal, senti dor nas pernas e no corpo” (F37E₁₁ND).

“nervosa não estou e sim com medo de entrar viva e não sair, que medo da cirurgia” (F52E₁₄ND).

“no momento é medo mesmo. Tenho medo que pode acontecer alguma coisa comigo assim. Com a cirurgia que já tive problema na outra vez que fiz. O outro medo é o mal-estar pós-anestesia e a dor pós-operatória” (F45E₂₀D).

“estou com muito medo, estou em pânico, porque a outra cirurgia deixaram terminar o soro na sala de recuperação, foi aquela correria e lambuzera depois. Até pagaria alguém para ficar na sala de recuperação, ou quando me acordar me levem para o quarto” (F53E₁₄D).

“estou sentindo medo, porque não vou conseguir pagar a cirurgia, porque o preço que me disseram, eu não tenho dinheiro. O que vou fazer?” (M20E₂₄ND).

Esses depoimentos traduzem o que Hense (1987) aborda, ao explicar que o medo cirúrgico é desencadeado por duas situações: algo específico (cirurgia, anestesia, complicações, morte) e, algo não-específico (situação no todo).

No entanto, esses registros dos fatores associados pelo entrevistado ao processo do medo estão relacionados com algo específico de cada paciente, isto é, com algo presente e real e com fatos futuros (complicações ou morte). Devemos estar cientes que temos diversas situações difíceis em nossas vidas e que temos de enfrentá-las, através de estratégias bem elaboradas (eu, família e enfermagem), no entanto de diminuir esses terrores existentes.

QUADRO 12 – Expectativas dos entrevistados sobre o seu momento cirúrgico.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Melhor possível	13	15	28
Resolver/melhorar com cirurgia	5	5	10
Ter boa recuperação	6	--	6
Não sentir dor em casa	2	--	2
Melhora com radioterapia	2	--	2
Não precisar mais de tratamento	--	2	2

Constata-se, no Quadro 12, que os registros das expectativas dos entrevistados sobre o momento cirúrgico, para 28, expressam o desejo de que possa ser “o melhor possível” e, para 10, que o seu problema será resolvido com a cirurgia. As demais, como ter boa recuperação, não sentir dor em casa, melhorar com radioterapia e não precisar mais de tratamento, foram dados importantes, e também significativos. Mais uma vez observamos a idéia do mal necessário, do qual sairão melhores, mais sadios.

“O melhor possível, tenho muita fé em Deus” (F53E₁₄D).

“O melhor possível, porque esse tumor é horrível. Às vezes, eu uso uma blusa mais apertada, isso sufoca” (F44E₁₅ND).

“Seja boa, que corra tudo bem, tô louca prá fazer, não agüento mais para melhorar” (F17E₂₁ND).

“Espero que meu problema seja resolvido com essa cirurgia” (F50E₇ND).

“Espero que vou fazer rádio e vou ficar boa. É isso que estou esperando” (F49E₇D).

Como se observa no Quadro 13, diversos registros sobre as necessidades dos entrevistados em relação ao seu momento cirúrgico indicam que 11 pacientes querem resolver problemas, 7 prevenir complicações, 5 evitar a dor e o desconforto que estão sentindo no momento e 3 ter condições para trabalhar. Na medida em que este quadro foi formado por manifestações não induzidas pela entrevista, torna-se dado importante para a formação de R.S. sobre a cirurgia. Serão os medos relatados também associados à possibilidade de frustração de suas expectativas e necessidades? E se o problema não for resolvido? Se houver complicações? Se houver dor, desconforto? Novamente aparece associação entre informação e R.S., neste caso pelo fato de que as expectativas se referem a desejos, sem se configurarem objetivamente como meta.

QUADRO 13 – Necessidades dos entrevistados em seu momento cirúrgico.

Registros	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Resolver problemas	3	8	11
Prevenir complicações	1	6	7
Diminuir dor e desconforto	5	--	5
Ter condições para o trabalho	3	--	3

Como ilustração dessas categorias apresentadas, serão abordados alguns depoimentos dos pacientes, apresentados a seguir:

“estou consciente da necessidade da minha cirurgia. Não Agüento mais tomar remédios, tenho formigamento, e eu acho necessário a cirurgia” (M40E₉ND).

“tenho duas hérnias intestinais, quando forço elas saem para fora, eu preciso fazer a cirurgia, não posso ficar mais assim” (M60E₁₆ND).

Observa-se, no Quadro 14, que os pacientes entrevistados referenciaram companheiros e filhos. A família é considerada como significante positivo para sua situação, pois podem tornar-se apoio em momentos de medo ou insegurança.

QUADRO 14 – Referência à família pelos pacientes entrevistados.

Constituição	Uso de indutor do sono	Sem indutor do sono	Total
Filhos	17	21	38
Esposo(a)	14	18	32
Pais	5	4	9
Solteiro	2	3	5
Viúva(o)	1	3	4
Neto	2	--	2
Divorciado	--	1	1
Desquitado	--	1	1
Separado	1	--	1

“Sou viúva, tenho duas filhas são muito queridas. Estou aqui para me cuidarem” (F49E₇D).

“Sou solteira, não tenho mais meus pais, mas tenho duas irmãs, e a nossa relação é maravilhosa. Até uma está aqui” (F40E₄D).

“Sou casado, tenho cinco filhos e bastante neto. Minha família é muito especial através dela que consigo superar essa situação que estou vivenciando novamente” (M68E₁₀D).

Como se observa no Quadro 15, o relato que surgiu, no pós-operatório, tanto por parte dos pacientes quanto dos familiares, foi sobre a importância da enfermagem em explicar com mais clareza sobre a realidade do centro cirúrgico, da cirurgia que o paciente irá realizar, principalmente

como seria realizado o cuidado de enfermagem na sala de recuperação. Estas sugestões vêm configurar o quanto a enfermagem deve propiciar um melhor cuidado no pré-operatório, já que está tão clara a necessidade de orientações pré-operatórias aos pacientes que se submeteram à cirurgia.

QUADRO 15 – Necessidade de orientações pré-operatórias de enfermagem relatadas pelos entrevistados no pós-operatório.

Registros	Uso de indutor do Sono	Sem uso do indutor do sono	Total
Orientações pré-operatórias	10	11	21

Cárnio & Tonussi (1995, p. 40) vêm reforçar essa constatação, quando abordam que o enfermeiro, ao realizar a visita pré-operatória, poderá minimizar as emoções do paciente que se submeterá a cirurgia e à suspensão da mesma. Para eles, “a orientação pré-operatória é considerada de grande importância para a colaboração do paciente no período peri-operatório”.

Outros autores, como Castellanos & Bianchi (1986), também reforçam essa idéia, dizendo que contribuirá com o bem-estar do paciente e, até mesmo, com o sucesso da cirurgia.

O enfermeiro, então, deve responsabilizar-se pelas orientações pré-operatórias aos pacientes e, no meu entendimento, deve ter o enfermeiro da unidade cirúrgica, o cuidado de prepará-los, psicologicamente e fisiologicamente, nesse processo, de acordo com a realidade de cada paciente.

Quanto ao preparo psicológico, deverá investigar os possíveis fatores contribuintes do medo, que neste estudo, foram a anestesia e a cirurgia, embora, também aparecessem dor, morte e sala de recuperação.

Assim, concordo, quando Carpenito (1997) aborda o quanto os

pacientes possuem percepções de estímulos ameaçadores (ambiente desconhecido, mudança no seu espaço pessoal, no seu estilo de vida e na sua disfunção biológica e fisiológica) e percepções distorcidas dos estímulos perigosos.

No entanto, para reduzir ou limitar esses prováveis fatores contribuintes do medo do paciente cirúrgico, o enfermeiro poderá orientá-lo:

- quanto à realidade do centro cirúrgico;
- sobre as pessoas que o irão cuidar;
- como será recebido, conduzido e, também, como ficará na sala cirúrgica;
- o tempo da cirurgia;
- o que acontecerá na sala de recuperação;
- o cuidado que será prestado na sala de recuperação, e também, deverá propiciar ao paciente, um momento em que o mesmo relate como gostaria de ser cuidado na sala de recuperação;
- quanto à alteração emocional, poderá perguntar o que está sentindo no momento, se já falou com alguém que tenha passado por cirurgia, dentre outras informações.

Assim, as questões de maior relevância para a orientação no pré-operatório. Dizem respeito a cada situação que o paciente irá vivenciar, ou seja, como é a realidade do centro cirúrgico.

Se a realidade for conhecida, é possível que diminuam as possibilidades da presença do medo. Agindo dessa forma, pode-se influir no quadro fisiológico ligado ao estresse, ajudando a diminuir essa emoção negativa (o medo), que tem persistido nos pacientes cirúrgicos, inclusive diminuindo riscos operatórios.

Depois de alguns medos revelados e descobertos, e de maior familiarização com o centro cirúrgico, não se deve esquecer a importância da terapêutica espiritual. Há autores, como Brunner & Suddarth (1987), que

reforçam essa questão de espiritualidade, abordando que o enfermeiro deve explorar, independente da crença religiosa, a fé que as pessoas têm, isto é, esse poder de sustentação que elas carregam no seu cotidiano.

Além desses cuidados, deve-se prestar informações claras e concretas quanto ao seu estado, vindo a propiciar uma maior harmonia e uma maior tranquilidade ao paciente, e também, aos seus familiares.

Quanto ao aspecto fisiológico, pode-se apontar a preparação intestinal, a preparação digestiva (NPVO) e cardíaca. A seqüência dos cuidados, dentro desse aspecto, deve ser fornecida gradualmente ao paciente, de forma que respeite os limites, as dificuldades de cada cirurgiado, evitando assim, um aumento no medo do paciente.

Essas orientações pré-operatórias foram realizadas por mim, enquanto pesquisadora do campo, com dois pacientes na unidade cirúrgica. Os resultados fluíram de maneira clara e gratificante, que os próprios pacientes relataram da seguinte maneira, em seu pós-operatório:

“agora posso me operar de novo e não passar por aquele pânico que estava na cirurgia. Como tu me orientou aconteceu bem igual, lá estava o José para me receber. A Maria que auxiliou o anestesista e, quando eu vi chegou Dr. Pedro e o Dr. João. Em seguida fui anestesiada, quando acordei já estava na sala de recuperação” (F52E₁₄ND).

“estou feliz, porque não tenho mais aquele pânico de cirurgia. Se todas as cirurgias que a gente fosse fazer tivessem preparado assim, nunca existiria mais esse horror” (F52E₁₄ND).

“estou feliz por ter encontrado a senhora aqui. Sou pobre e nunca imaginei que uma enfermeira iria me explicar tudo sobre o centro cirúrgico e a cirurgia. Fiquei bem mais calma para a cirurgia, graças a Deus. Se todos os pacientes recebessem essas orientações a gente iria bem calma para a cirurgia” (F44E₁₅ND).

Diante dessa situação, na análise e discussão dos resultados, observa-se que a R.S. sobre o medo da cirurgia parece não estar ligada com a diversidade étnica, embora possamos imaginar que esteja associada com valores culturais. Na verdade, nesse estudo, não foi possível estabelecer esta relação; mas sim, que está fortemente associada com presença ou ausência de informações, como uma ancoragem forte, que poderia ser positiva ou negativa. Em termos de objetivação, houve falta de referência para associações mais seguras.

No entanto, os dados demonstram que a informação ou ausência de informação permitem a ancoragem ou a objetivação, e se vão ser positivas, quanto à expectativa sobre a cirurgia, ou negativa, porque não sabem ou desconhecem elementos sobre procedimentos, espaço físico, discos, seqüelas ou benefícios concretos.

A informação (própria, familiar e profissional), a confiança no sistema e a religiosidade apareceram como âncoras principais para a ausência do medo. A falta de informação prevaleceu como âncora principal para presença do medo.

No CC, as representações têm uma ligação espacial forte, de modo que aparece mais vezes no imaginário, associando-se ao quadro de medo. O estranho, o grande, o silencioso e a roupa identificam um ritual no qual não participam, nem voluntariamente, nem conscientemente. Essas condições são indutoras do medo, tal qual apresentado na literatura. O controle na situação, pela informação, poderia funcionar como forma de "ação sobre algo conhecido e identificado" e não sobre algo que a imaginação distorce e desfoca.

Por que o "lugar apropriado fisicamente" é mais forte para a formação representacional do medo que a própria intervenção? Os rituais sagrados antigos de oferenda aos deuses se constituía de um lugar parecido, para sacrifícios humanos e animais. Poderia ser uma forma arquetípica de associação? Será isto observado só neste grupo (culturalmente diversificado), ou mais universalmente? Por outro lado, o ato cirúrgico foi

historicamente ligado à morte! Por que a morte apareceu pouco?

Logo, mostrar o local, as pessoas e equipamentos poderá favorecer a formação de R.S. positivas da cirurgia e ajudaria a eliminar o medo?

Por que a expectativa de melhora não resultou em menos medo?
Mais confiança?

Por que a enfermagem não informa? Por que se afastou? Compreendo que seja necessário sustentar esta sua tarefa, exigindo internação prévia de pelo menos 12 horas antes da cirurgia, para executar com competência seu trabalho, experimentando estratégias de cuidado sustentadas nos valores profissionais.

Diante desses questionamentos, e após essa análise, a minha proposta para que se tente amenizar a presença do medo no momento cirúrgico, é de que o enfermeiro da unidade de internação deverá lutar para que o paciente interne antes da cirurgia, com tempo suficiente para realizar orientações e preparo pré-operatório, conforme descrito anteriormente.

Essa proposta se estruturou, a partir da experiência de orientação aos dois pacientes mencionados, pois, com preparo, os mesmos perceberam o quanto fica mais fácil enfrentar a cirurgia, no plano psicológico e fisiológico.

No entanto, existem diversas maneiras para o cuidado pré-operatório. Mas esse cuidar, num sentido abrangente, de promoção de vida, compreendendo tudo aquilo que ajuda o viver do ser humano, é que constitui a essência do cuidado da enfermagem cirúrgica, como "cuidado terapêutico", proposto por Leopardi (1999), buscando refletir sobre a natureza da profissão. Diz ela que "a identidade da enfermagem se expressa no modo específico e qualificado da ação profissional de cuidar os seres humanos".

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fazer um desfecho dessa minha caminhada, não poderia deixar de relatar o quanto estou satisfeita e alegre, por ter realizado esse estudo de Representação Social do paciente cirúrgico, o qual me ajudou a refletir com maior segurança sobre a presença do medo nas pessoas submetidas ao ato cirúrgico.

Ao realizar as entrevistas, senti a dimensão e a complexidade dessa teoria. Muitas vezes, só ficamos atentos à resposta imediata do paciente, não lhe oportunizando refletir e reestruturar seus pensamentos. Nós da enfermagem, muitas vezes, deixamos de lado oportunidades preciosas de perceber o que está se passando com os pacientes, o que lhes está trazendo aflição. No entanto, com essa teoria, aprendi que devemos aproveitar toda e qualquer fala dos entrevistados, porque nessas lacunas, as representações poderão emergir de forma muito expressiva, trazendo elos importantes de seu mundo subjetivo.

Na verdade, utilizar a Representação Social é conhecer o senso comum dos pacientes a respeito da sua situação e, desta forma, a implementação do pré-operatório de enfermagem dar-se-á mais eficazmente. Acredito que, como Jodelet (1989, p. 45) "Representação Social serve para agir sobre o mundo e sobre os outros".

Este estudo permitiu compreender as representações emergidas/construídas do mundo social e simbólico de um grupo de pessoas, a partir das suas crenças, das atitudes, influência de outras pessoas, dentre outras. Também ajudou a interpretar o fenômeno além de sua aparência, desvendando e decodificando, em parte, o que existe por detrás das imagens enunciadas pelo paciente cirúrgico. Muita coisa foi associada à falta de informação adequada a esses pacientes. Porém, eles acabam respondendo muito superficialmente, prejudicando a fase de objetivação, que poderia ter sido mais explorada nesse estudo.

Esse fato é comum acontecer no dia-a-dia da enfermagem, quando o paciente chega na unidade de internação. Imediatamente, perguntamos se está acompanhado ou só e se as suas manifestações clínicas são mais

fortes do que antes de ser internado, dentre outras. Já a ancoragem é verificada, quando o paciente cirúrgico relata que já vivenciou o momento cirúrgico, o que emerge facilmente, sem precisar retroceder em sua memória. Dentro dessas duas formas de expressões, surgem as Representações Sociais. Neste trabalho, apareceram várias, sendo uma delas, as formações mentais que interferem na presença do medo ou não.

O medo é sentimento humano, mas devemos amenizá-lo, porque o mundo não-familiar, o perigo, a insegurança, a surpresa sempre existirão e, nós, da enfermagem, devemos ser criativos e preparados para enfrentá-lo, com um cuidado pré-operatório bem mais próximo da realidade de cada paciente. Essa certeza que tenho do cuidado pré-operatório de enfermagem foi construída durante o processo desta pesquisa, que resultou numa série de dados elucidativos que produziram reflexões, exigindo compromisso.

Com o resultado deste trabalho, é possível identificar e, em certo sentido, resgatar o cuidado de enfermagem no pré-operatório, algo que vem sendo abandonado, em consequência da internação muito próxima ao próprio ato cirúrgico, muitas vezes, inclusive, de tal forma que o paciente entra do registro quase diretamente para a sala de cirurgia.

Com isto, a enfermagem não tem podido atuar com o objetivo de preparar física e emocionalmente as pessoas que, sem informações, fazem representações "negativas" do processo cirúrgico, o que pode resultar em emoções tais qual o medo.

Desta forma, julgo necessário que a enfermagem considere a possibilidade de incluir, como critério de seu trabalho, que as internações no pré-operatório possam permitir um contato suficiente com o enfermeiro que o irá acolher no pós-operatório.

Esse tema não encerra com a apresentação desta dissertação. Há um grande interesse pelo assunto, muito mais pela sua continuidade, diante de novas questões que ele suscita e das possibilidades de futuras investigações. Sem a pretensão de tecer conclusões, mas de sugerir novos caminhos (Anexo 2), espero ter oferecido uma contribuição para o

crescimento da enfermagem, com novas proposições que poderão ajudar a minimizar o medo do momento cirúrgico, favorecendo, desta forma, a melhoria das condições de saúde de todos os seres humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, Lylían Dalete Soares **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Florianópolis, 1991. (Dissertação de Mestrado).
2. BARBIER, René et al. Some o imaginário. In: **Em Aberto**, Brasília, ano 14, n. 61, jan./mar. 1994.
3. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
4. BARROS, Maria Celeste D.; BARTMANN, Mercild; Hargreaves, Lourdes. **Enfermagem cirúrgica**. Rio de Janeiro: SENAC, 1996.
5. BRUNNER, Lillian & SUDDARTH, Doris. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
6. BUB, Maria Bettina Camargo et al. Estudo de situação de pacientes cardíacos cirúrgicos utilizando a classificação diagnóstico da Narrola: relato de experiência. **Anais**. I Simpósio sobre Diagnóstico de Enfermagem. 19 a 21 de novembro em São Paulo, 1991.
7. CÁRNIO, A. M., CINTRA, F. A. & TONUSSI, J. A. Orientação pré-operatória a pacientes com catarata e indicação de cirurgia ambulatorial – Relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 39-45, jan./mar. 1995.
8. CARPENITO, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 283-287.
9. CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florecen Nightingale**. Goiânia: AB, 1997.
10. CASTELLANOS, B. E. P. & BIANCHI, E. R. F. Visita pré-operatória de enfermagem: opinião dos alunos de graduação quanto a este procedimento. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 6(4): 157-65, out./dez. 1986.
11. CHIDA, Adélia Maya et al. Assistir a pessoa sidapata: um problema atual de enfermagem em São Paulo. **Rev. Paul. Hosp.**; 33(11/12): 256-60, nov.-dez. 1985.

12. COSTA, Cristiane Maria Amorim et al. Representações sociais dos clientes de um programa de reabilitação cardíaca sobre o fumo. **Revista Alternativa de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano II, n. 17, agosto de 1998.
13. DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente: 1300 – 1800**; tradução Maria Lucia Machado, tradução das notas Heloisa Jahn. 2.ed. São Paulo: Scharcz Ltda., 1993.
14. DUGAS, Beverly Wither . **Enfermagem prática**. 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
15. ESCUDEIRO, C. L. & SILVA I. C. M. da. **Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais**. Rio de Janeiro, 1997.
16. FAAR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A., JOUCHELOVITCH, S. (org.) et al. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.
17. GERMANO, Raimunda Medeiros. **A ética e o ensino na ética na enfermagem do Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
18. GOLDEMBERG, S. & BEVILACQUA. **Bases da cirurgia**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1981. p. 16-41-43.
19. GUARESCHI, P. A. & JOUCHELOVITCH, S. (Org.) et al. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
20. GRÜNI, Denise. Lavagem de mãos um antigo problema nos dias atuais. **Revista Enfoque**, ano XXI, v. 1, jan./fev./mar. 1994.
21. GUIMARÃES, Maria Cristina Triguero Veloz. **Velhice perda ou ganho?** Florianópolis, março de 1997 (Dissertação de Mestrado).
22. HELLER, Agne. **Teoria de los sentimientos**. Barcelona; Fontamara, 1982.
23. HENSE, Denise Suzanna Silbert. **Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade**. Florianópolis, 1987 (Dissertação de Mestrado).

24. HERMANN, Hellma. **Estudo sobre o medo das doenças transmissíveis entre estudantes de enfermagem**. São Paulo, 1992.
25. JODELET, Denise. **Representações sociais: fenômeno, conceito e teoria**. In: MOSCOVICI, S. (org.) *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984.
26. JODELET, Denise; OHAMA, Jocelyne; MONINO, Colette et al. **Systemes de representation du corps et groupes sociaux**. v. I et v. II. Paris: Laboratoire de Psychologie Sociale. EHESS, 1982.
27. JOFFE, Hélène. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOUCHELOVITCH, Sandra (org.) et al. **Textos em representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 287-291.
28. JOUCLAS, V. M. G. Considerações sobre o planejamento de recursos humanos em centro cirúrgico. **Revista Enfoque**, v. 19, n. 1, abril 1991.
29. LENARDT, Maria Helena. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Curitiba, s. n., abr. 1996. Dissertação de Mestrado.
30. LEOPARDI, Maria Tereza et al. Representações dos enfermeiros sobre o seu processo de trabalho. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 193-194, jul./dez. 1992.
31. LEOPARDI, M. T. & ASSUNÇÃO, A. N. Representações sociais de enfermeiros de emergência sobre o alcoolista. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 15-23, jan./jun., Curitiba, 1996.
32. LEOPARDI, Maria Tereza. **Natureza e domínio da enfermagem – ensaio preliminar**. Santa Maria: Semana da Enfermagem da UFSM, 10 a 14/05/1999 (Mimeo).
33. LOPES, Armandina Antunes. Cuidados de enfermagem a doentes submetidos a revascularização coronária no pré e pós-operatório imediato. **Rev. Técnica de Enfermagem – Nursing**, n. 82, novembro 1994.

34. LUDKE, M, & ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
35. MAFFESOLI, Michel. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.
36. MAMEDE, Marli et al. Percepção da condição de saúde entre mulheres. **Rev. Brasileira de Enfermagem**; 46(2): 95-100, abri-jun 1993.
37. MANONI, P. **El miedo**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1984. 162p.
38. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
39. MONETTI, Denise Helena. **Medo do trabalho - sua representação em trabalhadores de uma indústria petrolífera**. São Paulo, 1992. (Dissertação de Mestrado).
40. MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
41. _____. Des représentations collectives aux représentations sociales. In: JODELET, D. **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
42. _____. Sobre representações sociais. In: FORGAS, Joseph. **Saial cognition: perspectives on everyday understanding** academic press. New York, 1981 (tradução de Célia Shulze).
43. NIELSEN, Gunnar H. **Classificação internacional das práticas de enfermagem do conselho internacional de enfermeiras: versão Alpha/Gunnar H.**; trad. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz (et al.). Brasília: Associação brasileira de Enfermagem, 1997.
44. NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.
45. NORDENFELT, Lennart. **On the nature of health: an action – Theoretic Approach**. Dordrecht: 1997.

46. OLIVEIRA, Denize Cristina & ALVARENGA, Augusta Thereza. Representações maternas do desenvolvimento infantil: "práxis" e conhecimento. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 20, v. 20, n. 1, jan/fev 1996.
47. PEIXOTO, Marisa Ribeiro Bastos. **A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um centro de tratamento intensivo**. São Paulo, 1996.
48. QUEIROZ, Marcos de Souza. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS**. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 1991.
49. RAVAGNANI, Maria José Clapis. **Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem**. Ribeirão Preto, 1991.
50. ROZA, Irmgard Brueckheimer; SILVA, Therezinha Mazzuranna da; FENILLI, Rosangela Maria. Percepções do paciente cirúrgico enquanto aguarda o momento de ser anestesiado. **Rev. Paul. de Enfermagem**; (n. esp.): 3-10, jul. 1991.
51. SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (org.) et al. **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.
52. SALZANO, Sonia Della Torre. Os problemas dos pacientes detectados pela enfermeira durante a recepção no centro cirúrgico. **Rev. Paul. de Enfermagem**; 6(2): 67-77, abr-jun, 1986.
53. SAWADA, Namil Okino; MENDES, Isabel Amélia Costa; TREVIZAN, Maria Auxiliadora; GALVÃO, Cristina Maria. Perfil da interação não-verbal: enfermeiros e pacientes cirúrgicos em situação pré-operatória. **Rev. Paul. de Enfermagem**; 122): 87-92, mai-ago 1993.
54. SCHULZE, Clélia Maria Nascimento. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. et al. **O**

- conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993.
55. SCHWARK, R. Vencendo nossos medos (parte I e parte II). **Jornal A Razão**, Santa Maria, dias 19 e 20 de setembro de 1998 e 26 e 27 de setembro de 1998.
56. SELIGMAN, M. E. P. **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte.** São Paulo: HUCITEC, EDUSP, 1977. 223p.
57. SPINK, Hary Jane et al. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. et al. **O conhecimento no cotidiano – as representações sociais numa perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-108.
58. TENGLAND, PER-Anders. **Mental health... linköping: linköping university.** Tema Institute: Heath and Society, 1998.
59. TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1994.
60. ULICH, D. **El sentimiento.** Barcelona: Herder, 1985.
61. URSI, Elizabeth Silva & MACUL, Soraya de Fátima. A atuação do enfermeiro de centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatórias. **Enfoque (São Paulo)**; 15(1): 4-6, jun. 1987.
62. VIEIRA, A. M. L. Um modelo para a assistência da enfermagem à mulher mastectomizada a partir de suas representações sociais. Florianópolis, 1991. (Dissertação de Mestrado).
63. WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A., JOUCHELOVITCH, S. (Org.) et al. **Textos em representações sociais.** 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 149-185.
64. YOKOTA, Oswaldo. **A problemática cancelamento de cirurgia conforme percebida e expressada pelos pacientes: um estudo exploratório em um hospital-escola do norte do Paraná.** s.l, s.n, 1983.

ANEXOS

ANEXO 1
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Dados de Identificação:

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Grau de Instrução: _____

Unidade de Internação: _____ Leito: _____ Religião: _____

Data da Internação no Hospital: _____ No C.C.: _____

Tipo de Cirurgia: _____ Cuidador: _____

2. O Ser Humano no Contexto Sócio, Econômico, Cultural:

a) Conhecendo o paciente no pré-operatório:

- Onde nasceu? Onde mora atualmente? (procedência)
- Como é sua família? Qual é sua origem? (cultura)
- Você já falou com alguém que tenha passado por uma cirurgia?
- Como foi orientado por profissionais no pré-operatório? Por quem?
- Você sabe os por quês de sua cirurgia?
- O que é centro cirúrgico para você?
- O que você espera da sua cirurgia?
- O que você está sentindo neste momento? (Caso o paciente referir medo, perguntar se esse seu medo está relacionado com que? Caso o paciente não referir medo, perguntar se alguma vez teve medo em relação ao que pensa que vai acontecer na cirurgia ou depois dela?)

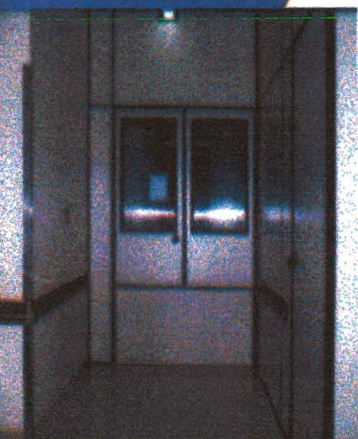
b) Conhecendo o paciente no pós-operatório:

- O que é centro cirúrgico para você?
- O que você espera de sua cirurgia?
- O que você está sentindo neste momento?

c) Anotações de campo e observações no pós-operatório.

Layout do Folder

Vista externa – dimensões: 19,50 X 27,50 cm – dobrável em 3 faces
- para impressão color, papel vergé creme - 180g/m²

<p>Nessa época de mudanças vivemos mergulhados em incertezas e espantos. Por trás destas inseguranças, o ser humano confronta-se com diversos sentimentos, como a ansiedade, a angústia, o medo, dentre outros.</p>	<p>De fato essas diferenças vêm contribuir para uma maior compreensão dos nossos sentimentos que muitas vezes nos deparamos no momento cirúrgico, e não conseguimos diferenciá-los.</p>	<p>VAMOS CONHECER O CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL DE CARIDADE ASTROGILDO DE AZEVEDO?</p>
<p>Considera-se a ansiedade como sentimento de ameaça, perigo ou estresse sem causa conhecida. Ela vem acompanhada de sintomas físicos, com uma intensidade razoável.</p>	<p>No entanto, precisamos conhecê-los, derrotá-los e saber enfrentá-los, porque em nosso meio social, conhecemos muito mais os sofrimentos que nos angustiam e nos amedrontam, do que propriamente o remédio para nossos males.</p>	
<p>Já a angústia resulta de algo que não provoca ameaça, não se refere a um objeto claro, mas proporciona problemas de alteração fisiológica e biológica no ser humano, levando-o a um transtorno psicológico.</p>	<p>VOCÊ QUE FARÁ CIRURGIA, NÃO FIQUE COM DÚVIDAS SOBRE ESSE MOMENTO. FALE COM O ENFERMEIRO DE SUA UNIDADE, ELE LHE ESCLARECERÁ.</p>	<p>Enfermeira ROSENARA BERLEZE PENNA</p>
<p>O medo envolve algo concreto ameaçador, perigoso, familiarizado ou não, com causa conhecida.</p>		

Vista interna – dimensões: 19,50 X 27,50 cm – dobrável em 3 faces
- para impressão color, papel vergé creme - 180g/m²

A ENFERMAGEM EDUCANDO PARA O MOMENTO QUE ANTECEDE A CIRURGIA

A enfermagem ao prestar o cuidado globalizado ao ser humano objetiva diminuir a presença de emoções como o medo, a angústia e a ansiedade.

Neste sentido, busca familiarizar o paciente da situação cirúrgica, bem como prevenir complicações no período pós-cirúrgico.

Como o paciente em geral não conhece o local de sua cirurgia e os profissionais que irão lhe prestar os cuidados no centro cirúrgico, neste folder irá encontrar uma forma de familiarizar-se com a realidade que será vivenciada no ambiente cirúrgico.

ENTRADA NO CENTRO CIRÚRGICO

SALA CIRÚRGICA COM VIDEO

CORREDOR DO CENTRO CIRÚRGICO

SALA DE RECUPERAÇÃO

SALA CIRÚRGICA

