

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

CARLA ALBANO PRATA

**O CUIDADO PARA FAMILIARES DE CLIENTES EM PERÍODO PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM HOSPITALAR**

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARLA ALBANO PRATA

**O CUIDADO PARA FAMILIARES DE CLIENTES EM PERÍODO PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM HOSPITALAR**

**Dissertação de Mestrado submetida ao
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
da Escola de Enfermagem Anna Nery, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro –
UFRJ, como parte dos requisitos necessários
à obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a Dr^a. Isaura Setenta Porto

Rio de Janeiro

2006

Prata, Carla Albano

O cuidado para familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca: implicações para a enfermagem hospitalar/Carla Albano Prata. - Rio de Janeiro: UFRJ/Ana Nery, 2006.
xi, 170 f.il.,31 cm

Orientadora: Isaura Setenta Porto

Dissertação (Mestrado)-UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

Referências Bibliográficas: f.152-161.

1. Cuidado de Enfermagem. 2. Família. 3. Relacionamento. 4. Cirurgia cardíaca. I. Porto, Isaura Setenta. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título

CDD610.73

**CUIDADO PARA FAMILIARES DE CLIENTES EM PERÍODO PRÉ-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: IMPLICAÇÕES PARA A
ENFERMAGEM HOSPITALAR**

Carla Albano Prata

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Isaura Setenta Porto

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

.....
Presidente, Professora. Dr.^a. Isaura Setenta Porto

.....
Professora Dr.^a. Maria Aparecida De Luca Nascimento
1.º Examinadora

.....
Professora Dr.^a. Deyse Conceição Santoro
2.º Examinadora

.....
Professora Dr.^a. Fátima Helena do Espírito Santo
Suplente

.....
Professora Dr.^a. Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Suplente

Aos amores da minha vida, meus pais:

Marlene Albano Prata e Sebastião Cardoso Prata

A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde.

Wright & Leahey (2002)

AGRADECIMENTOS

Deus por ter concedido a vitória em mais uma etapa de minha vida

Aos meus pais: Marlene Albano Prata e Sebastião Cardoso Prata pela dedicação, apoio e carinho nesta minha caminhada.

Aos meus queridos primos: Denise, Cláudia, Renata e Flávio por compreenderem meus momentos de ausência.

À minha orientadora Dr.^a Isaura Setenta Porto pelas suas valiosas orientações, paciência, amizade e carinho, sem seu apoio não haveria conclusão deste estudo.

A Banca Examinadora pelas relevantes contribuições para construção do estudo.

As amigas: Renata, Ana Paula, Rubislene e Bianca pela amizade e carinho e por compreenderem meus momentos de ausência.

Aos amigos: Patrícia Olário, Eleny Brito, Suzy Darlen, Dieckson, Luisa Barcelos, Marina Braga pelo incentivo e apoio nesta minha caminhada.

À Divisão de Enfermagem em especial : Lourdes e Maria José e aos enfermeiros: Carolina, Renato e Tereza Cristina.

Ao Comitê de Ética da instituição por ter permitido desenvolver a pesquisa.

Aos colegas do mestrado em especial as amigas Cristina e Cristiane pela amizade.

À Secretaria Acadêmica da Coordenação de Pós-Graduação em especial: Sônia Xavier e Jorge Anselmo.

À Biblioteca Setorial de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial Lúcia.

Aos integrantes da equipe de enfermagem e aos familiares dos clientes, que colaboraram na construção desta pesquisa.

RESUMO

O Cuidado para familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca: implicações para a enfermagem hospitalar

Carla Albano Prata

Orientadora: Prof^a Dr^a Isaura Setenta Porto

Resumo de Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à Obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

O estudo tem como objeto a interação entre os familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de enfermagem. Os objetivos são caracterizar as necessidades de cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar dos familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca; analisar as implicações dessas necessidades para a determinação de especificidades do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar para esses familiares. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, tipo exploratório, com abordagem da etnometodologia, envolvendo os conceitos de indexicalidade, reflexividade, descritibilidade, noção de membro ligado à contextualização e às práticas de ação social. Os instrumentos foram a observação participante e entrevista livre sendo aplicados formulários para caracterização dos familiares e clientes e questionários para caracterização dos integrantes da equipe de enfermagem. Os cenários da pesquisa foram as unidades de internação do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, localizado na cidade do Rio de Janeiro/ Brasil. O estudo resultou em duas categorias: mudanças no cotidiano das famílias decorrentes da hospitalização; famílias e cuidado de enfermagem para as famílias: dimensões objetivas e subjetivas. As especificidades do cuidado demandam dimensões objetivas e subjetivas do cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem, Família, Cirurgia cardíaca e Relacionamento.

ABSTRACT

The care addressed to the clients' familiars in pre-surgery period of cardiac surgery: implications for the hospital nursing. Master Degree on Nursing

Carla Albano Prata

.Orienting: Dr. Isaura Setenta Porto. Rio de Janeiro

Abstract de Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós- graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à Obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

The research has as object the nursing care given by the group who compose the nursing team to the patients' family during the pre-operative period of heart surgery. The objectives are: to characterize the needs of hospital nursing care of the patients' family during the pre-operative period of heart surgery; to analyze the implications of these needs to the determination of specificities of the hospital nursing care to these families. It is a question of a research of qualitative nature, exploratory kind, with an ethnomethodologic approach involving the concepts of indexicality, reflexivity, descriptivity, notion of member related to the contextuality and the social action practices. The instruments were the participant observation and free interview being applied questionnaires to characterization of the patients and their relatives and questionnaires for the characterization of the group who compose the nursing team. The sceneries of the research were the internment units of the Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (Nacional Institute of Cardiology of Laranjeiras) which is situated at the Rio de Janeiro city /Brazil. The study resulted in two categories: changes in the everyday life of patients' families resulting from the hospitalization; families and the nursing care to the families: objective and subjective dimensions. The specificities of the care require objective and subjective dimensions of the nursing care.

Key-words: Nursing care, Family, Heart Surgery and Relationship.

SUMÁRIO

Páginas:

1.INTRODUÇÃO:	
1.1 Considerações Iniciais: A trajetória profissional e a.construção do objeto de estudo.....	13
1.2 Problematização do objeto de estudo	19
1.3 Questões norteadoras do estudo	23
1.4 Objetivos do estudo	23
1.5 Contribuições do estudo	24
2. FAMÍLIA E CUIDADO DE ENFERMAGEM	
2.1 Família: conceito e considerações.....	26
2.2 A família do cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca.....	32
2.3 O cuidado de enfermagem para a família de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca	39
3.TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	
3.1 Uma escolha teórica: Etnometologia	49
3.2 Natureza do Estudo	52
3.3 Cenário da pesquisa	53
3.4 Atores sociais da pesquisa	56
3.5 Aspectos éticos da pesquisa	71
3.6 Instrumentos para coleta de dados	73
3.7 Tratamento dos dados coletados	77
3.8 Análise e interpretação dos resultados	78
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	
4.1 Categoria I. Mudanças no cotidiano dos familiares decorrentes da hospitalização	80
4.2 Categoria II. Cuidado de Enfermagem para os familiares: dimensões objetivas e subjetivas	104
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
6. REFERÊNCIAS	152

7.ANEXOS:

Anexo n.º 1. Solicitação de Autorização Institucional	162
Anexo n.º 2. Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética da Instituição	163
Anexo n.º 3. Autorização da Instituição para realizar a pesquisa	164
Anexo n.º 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	165
Anexo n.º 5. Modelo do diário de campo	167
Anexo n.º 5.A. Roteiro complementar de apoio aos registro de diário de campo	168
Anexo n.º 6. Formulário para obtenção de dados de caracterização pessoal e familiar dos atores sociais familiares.....	169
Anexo n.º 7. Questionário para obtenção de dados de caracterização dos atores sociais da Equipe de Enfermagem	170

ÍNDICE DE QUADROS

	Páginas
- Quadro nº 1. Distribuição dos atores sociais da pesquisa	59
- Quadro nº 2. Distribuição dos familiares segundo idade e sexo	60
- Quadro nº 3. Distribuição dos familiares segundo o grau de parentesco	61
- Quadro nº 4. Distribuição dos familiares segundo o nível de escolaridade...	62
- Quadro nº 5. Distribuição dos familiares segundo domicílio no Estado do Rio de Janeiro	63
- Quadro nº 6. Distribuição dos familiares segundo a renda mensal.....	64
- Quadro nº 7. Distribuição dos integrantes de enfermagem, segundo, idade e sexo	65
- Quadro nº 8. Distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem segundo sua função	66
- Quadro nº 9. Distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem segundo o vínculo empregatício	67
- Quadro nº 10. Distribuição dos clientes, segundo idade e sexo	68
- Quadro nº 11. Distribuição dos clientes, segundo a cirurgia cardíaca	69

1 . INTRODUÇÃO

Considerações Iniciais:

1.1 A trajetória profissional e a construção do objeto de estudo

A pesquisa trata do cuidado de enfermagem para os familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, ofertado pelos integrantes da equipe de enfermagem, com a finalidade de entender as demandas específicas do cuidado de enfermagem.

O interesse em desenvolver estudos com famílias iniciou durante o 7º período do curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Escola de Enfermagem Anna Nery na Universidade Federal do Rio de Janeiro, como aluna quando cursava a disciplina “Diagnóstico Simplificado de Saúde”, como parte do Programa Curricular Interdepartamental X, que aborda cuidados de enfermagem a clientes em processo de reabilitação psicossocial. Na ocasião, desenvolvi uma pesquisa intitulada “A imagem no espelho: representações de clientes sobre suas famílias” (PRATA *et al*,1997). O referido estudo teve o objetivo de compreender, a partir de representações dos clientes, doentes mentais, como estes atribuíam significados às suas famílias, portanto, desde o período como aluna do curso de graduação, já manifestava o interesse em entender esse complexo universo da família, ainda que fosse a partir da ótica do cliente.

Ao concluir o curso de graduação em 1998, com habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ingressei no mercado de trabalho como enfermeira no cenário de terapia intensiva, no Hospital Estadual Rocha Faria. Posteriormente, trabalhei no hospital de Clínicas Rio Mar, um hospital privado situado na cidade do Rio de Janeiro. Neste nosocômio, fui alocada nas unidades de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca e cirurgia geral, com atuação contínua durante oito anos. Concomitantemente, em 2000, prestei concurso para o curso de Pós-Graduação na modalidade de Residência em Enfermagem, na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo lotada no Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, hospital público de referência em cardiologia, localizado no Rio de Janeiro, onde desenvolvi atividades práticas por dois anos, tornando-me, assim, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No cenário de prática da residência, desenvolvi atividades prestando assistência de enfermagem aos clientes cardiopatas no pré, trans e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Na referida instituição, os clientes que aguardavam a cirurgia cardíaca, e estavam hospitalizados nas unidades de internação, participavam de palestras ministradas por uma equipe multidisciplinar. A equipe multidisciplinar era composta por: enfermeira, fisioterapeuta, assistente social e médico. A proposta desta equipe multidisciplinar era a de que, por meio destas orientações, o cliente e sua família tivessem suas ansiedades minimizadas, esclarecessem suas dúvidas referentes à patologia, aos procedimentos de enfermagem, preparo para cirurgia, entre outros esclarecimentos, a medida que solicitassem. A mesma estava centrada na busca de um atendimento mais humanizado, considerando não apenas o aspecto clínico, mas toda a demanda sócio-emocional deste cliente, proporcionando assim, uma assistência de qualidade. É importante ressaltar que o objetivo deste trabalho era também o de incluir a família, no entanto, percebia que a mesma participava de forma aleatória deste processo, sendo o cliente o foco de atenção destas orientações.

Para desenvolver a atividade, a equipe multidisciplinar utilizava recursos audiovisuais, dinâmicas de grupo e ao final, distribuía aos clientes um manual de orientações para a cirurgia cardíaca. Durante as minhas atividades assistenciais como residente de enfermagem naquela instituição, participei desta equipe multidisciplinar. Apesar de todas as orientações que os clientes recebiam, questionava-me se, de fato, através destas orientações atendíamos as necessidades dos clientes.

Mediante estas inquietações, durante a residência de enfermagem na instituição, desenvolvi um trabalho científico monográfico intitulado: “Representações dos clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca: o (des)conhecimento “ (PRATA, 2002). Ao realizar a análise temática deste estudo, os resultados apontaram o desconhecimento dos clientes em relação à cirurgia cardíaca e suas ansiedades frente a este desconhecimento. Dentre as ansiedades encontradas, a mais citada foi a relacionada ao temor da morte durante a realização de tal procedimento. Outro ponto destacado nesta análise temática foi o desejo dos clientes se restabelecerem e retornarem para o

convívio familiar. Ficou evidente que estes clientes não estão sozinhos neste processo de adoecer. Diante desse problema, junto com ele, está a família.

Esta etapa de minha trajetória profissional despertou o interesse em aprofundar os meus conhecimentos acerca deste tipo de clientela, que neste contexto compreende a família, pois tive a oportunidade de compartilhar as angústias dos familiares. Por vezes, pude perceber que ela se encontrava confusa, desinformada, vivendo um momento difícil, sem espaço para exteriorizar suas emoções, expectativas, ao enfrentar com seu ente querido tal intervenção cirúrgica. Com isso, pude perceber que no cotidiano de nossa assistência de enfermagem muito pouco de nossas ações está direcionada aos familiares dos clientes hospitalizados. Quando estas são realizadas, em geral ocorrem através de “ordens prescritivas, ou seja, limitadas, fixadas, determinadas e ordenadas” (MARTINS e NASCIMENTO, 2000, p. 26). Nossas informações se restringem a atender questionamentos de familiares sobre rotinas administrativas e sobre a situação do indivíduo hospitalizado. Muitas vezes não nos preocupamos em saber em que condições emocionais este familiar se encontra.

Acredito que essa atitude se deva a algumas rotinas instituídas, tais como o estabelecimento de horário para visita, limitações das informações aos familiares e a inflexibilidade em permitir a presença do acompanhante no setor. Aliado a isso, está o conhecimento limitado dos profissionais que ali trabalham no que se refere às necessidades da família, do indivíduo hospitalizado. Sendo assim, decidi realizar o estudo de mestrado que considerasse o conjunto compreendido entre os clientes com indicação de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de enfermagem buscando suas interações para assim estabelecer os cuidados de enfermagem para essas famílias. Ocorre que geralmente, o cliente é o foco de nossas pesquisas e, em geral, ele é o único privilegiado na exploração de suas necessidades de cuidados.

As pesquisas em enfermagem que se relacionam com as famílias são mais frequentes na área de Enfermagem Pediátrica. Compreende-se esse fato pelas necessidades e características próprias dessa clientela. Para essa clientela, a presença da família nas instituições hospitalares, foi assegurada a partir da promulgação da lei nº8069, em 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (1991, p. 16) conforme o Art.12: “Os

estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

A presença de acompanhantes nas instituições hospitalares para clientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados, foi assegurada pela Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999, (Brasil, 1999), de acordo com o Art. 1º:

Tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. No valor da diária de acompanhantes estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Embora este estudo não aborde a problemática relacionada aos idosos, considero importante falar sobre eles. Os idosos com quadro de agravos à saúde, que necessitam de cuidados terapêuticos em nível hospitalar, apresentam melhoria na qualidade de vida quando na presença de um familiar. Apesar da determinação de acomodação adequada para os acompanhantes, Koerich e Arruda (1998) relatam que a família não tem o seu conforto priorizado nos estabelecimentos de saúde. Isto corrobora a percepção de que a família ainda não é considerada como cliente pelas instituições de saúde.

Nesta mesma linha de pensamento, Elsen *et al* (1992) afirmam que os direitos da família se transformavam em concessões dadas pela sociedade. E dentro desta realidade do sistema de saúde vigente, acompanha a sociedade, não correspondendo às necessidades destas famílias. Em contrapartida, elas se mostram passivas aceitando, sem muito questionamento, a concessão da sociedade, sem conseguir impor os seus direitos.

Segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), os direitos da família estão prescritos no seu respectivo artigo 227, que determina que sejam assegurados os direitos inerentes à cidadania, tais como o direito à vida, saúde, alimentação, educação, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e convivência familiar e social, em condições de liberdade e dignidade.

Conforme Gomes *et al* (2003, p. 49), “a procura por recursos de saúde se constitui num exercício de cidadania que os familiares possuem.” Assim,

nossos clientes podem exercer sua cidadania, exigir que eles sejam respeitados, que sejam considerados seres de direito. A família cidadã, quando percebe que não dá mais conta sozinha de seu familiar recorre aos profissionais de saúde. Em contrapartida, de acordo com Araújo (2003) no cotidiano da assistência hospitalar aos clientes adultos hospitalizados é comum que os integrantes da equipe de enfermagem e os demais membros da equipe de saúde manifestem certa rejeição em relação aos familiares, considerando-os, em alguns casos, até como empecilho ao desenvolvimento de suas atividades. No entanto, faz-se necessário reconhecer que o cliente pertence ao núcleo familiar. Desta forma, é preciso interagir com a família, estabelecendo uma relação de ajuda.

Estudos já realizados, tais como o de Mattos (1997) e Costa (1998), relacionam a presença da família de clientes cardiopatas. Essas pesquisas buscaram evidenciar as dificuldades pertinentes às famílias frente ao adoecimento de seu familiar e estabelecer metas para superar a realidade. Em geral, estudos que incorporam a família têm como enfoque, quase sempre, a contribuição dessas famílias para garantia da assistência ao cliente, fato este que não deve ser desconsiderado, pois a família colabora para não haver recorrências de internações. Assim, ela pode ser vista como colaboradora na prestação de cuidados ao cliente, ou como fonte de informações. Entretanto, para Ângelo (2003), este modelo de abordagem no contexto brasileiro considera a família como um receptáculo de informações, desconsiderando, dessa forma o fato de que ela também enfrenta uma situação crítica.

Sendo assim, a família tem que lidar com dois grupos de necessidades: a de atender as necessidades do cliente que está hospitalizado, e a que surge em decorrência da situação crítica que ela vivencia. No primeiro grupo, ela desenvolve a função de “cuidadora”, que é o enfoque dos estudos em geral, pois trata da necessidade que surge em decorrência da situação crítica que vivencia. Esta função tem uma utilidade pragmática, que é a de otimizar a assistência ao cliente, estando informada quanto aos cuidados a serem prestados, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente. E, de fato a família cuida baseada nas suas próprias vivências, ou experiências, decorrentes de conhecimentos populares, derivadas do senso

comum, como resultado de sua práxis cotidiana de cuidar e provenientes de programas de orientação.

O segundo grupo de necessidades da família que surge em decorrência da situação crítica que ela vivencia, considera suas necessidades bio-físico-socio-espirituais, como consumidores dos serviços de saúde.

A justificativa do estudo é baseada na lacuna existente sobre a temática da assistência de Enfermagem específica à família, tendo como referencial teórico, a etnometodologia. Há uma escassez de estudos que buscam resgatar o cuidado de enfermagem dirigido à família na prática da assistência de enfermagem voltada especificamente para o cuidado com as famílias de clientes adultos, em período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Acerca dos estudos voltados para as famílias foi realizada uma pesquisa bibliográfica intitulada “O cuidado de enfermagem à família, um estudo bibliográfico” (WEIRICH *et al*, 2004). Os resultados encontrados naquele estudo revelaram que em dez anos (1993-2003), apenas nove publicações foram encontradas acerca da Enfermagem para famílias. Neste estudo foi encontrado uma predominância de trabalhos que enfocam a sistematização e proposta de ações evidenciando, de uma forma geral, uma carência de estudos na área de Enfermagem em Família. O Programa de Saúde da Família aparece como fonte principal de promoção do cuidado de enfermagem à família e motivação para os estudos que abordam esta temática. Assim, no que se refere a interação entre a equipe de enfermagem e as famílias de clientes adultos em pré- operatório de cirurgia cardíaca, pouco tem sido pesquisado sobre o cuidar de enfermagem, com a finalidade de estabelecer as demandas específicas do cuidado para as famílias.

Além disso, infelizmente, muitas enfermeiras acreditam que, para assistir as famílias, é necessário apenas o bom senso, não sendo necessário um processo de ensino formal (HANSON e BOYD, 1996). Estas autoras justificam, através dos resultados de várias pesquisas, a importância da enfermeira em focalizar a família destacando os seguintes pressupostos: (1) comportamentos da saúde e da doença aprendidos dentro do contexto familiar; (2) a unidade familiar é afetada quando um ou mais membros vivenciam um problema de saúde; (3) a família afeta a saúde do indivíduo; (4) a saúde do indivíduo e as práticas de saúde afetam a família; (5) o cuidado de saúde é mais efetivo

quando ele focaliza a família, ao invés do indivíduo sozinho; e (6) a promoção, manutenção e restauração da saúde da família são importantes para a sobrevivência da sociedade.

1.2 Problematização do objeto de estudo

O período pré-operatório de cirurgia cardíaca compreende um momento de incertezas, que a família compartilha com o seu familiar. Na maioria das vezes, esse momento desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão e da angústia. Especificamente, este sofrimento é objetivado em relação à: medo da anestesia, medo de operar o coração, dor no pós-operatório, relacionada ao período em que o cliente ficará na unidade de terapia intensiva, submetido ao uso continuado de medicamentos, às restrições alimentares e à capacidade para retornar ao trabalho. Brunner e Suddarth (2002) confirmam esta descrição afirmando que a experiência da doença-cirurgia-prognóstico precipita sentimentos e reações estressantes para o cliente e a família, pelo ato anestésico-cirúrgico, pelo medo do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação tornando-os então, vulneráveis e dependentes. Por isto, afirmo: existe uma exigência para a humanização da assistência prestada à família, através da identificação de suas necessidades para proporcionar segurança emocional e espiritual. No entanto, a questão não é só humanizar, é atender às necessidades da família, é fazê-la se sentir membro ativo no processo cirúrgico do cliente.

O momento vivido pelo cliente é um momento privilegiado para envolver a família, com o propósito de prepará-la emocionalmente, ouvindo-a, esclarecendo as suas dúvidas e informando quanto aos exames pré-operatórios, rotinas de internação, período perioperatório até a alta hospitalar, para fazê-la se sentir como um membro ativo no processo cirúrgico do cliente, seu parente. Isto é possível, através da interação da equipe de enfermagem com a família.

No entanto, a Enfermagem carece de estudos sobre a família e que abordem sua interação com os integrantes da equipe de enfermagem. Dessa forma, a família deverá ser orientada sobre a rotina pré-operatória, a higiene

corporal incluindo a tricotomia, orientações sobre o pré-anestésico, esclarecimentos sobre a anestesia, a permanência na unidade de terapia intensiva e a restrição do número de visitas a esta unidade. Devem ser abordadas ainda, as prováveis limitações físicas e possível presença de drenos e cateteres, bem como as possíveis intercorrências específicas da cirurgia, como a presença de dor, vômitos, náuseas, hemorragias, hipertermia, hipotermia, hipertensão e outras ocorrências inesperadas no pós-operatório. Cabe lembrar que o retorno do cliente para a unidade de internação dependerá da evolução de seu quadro clínico e cirúrgico.

Sobre esses aspectos, a família também deve estar informada e ter a oportunidade de expressar seus anseios e expectativas quanto à situação de seu familiar. Deve ser ainda esclarecida acerca da oportunidade de acompanhar as orientações e conhecer o processo cirúrgico e as condições de seu familiar.

Apesar da equipe de Enfermagem estar ciente de que deve assistir a família, observo que, em geral, a prática profissional deixa de refletir tais propósitos, revelando estar circunscrita aos cuidados ao cliente. Esta situação ocorre em decorrência de o cuidado direcionado para a família ser ainda incipiente, pois não há instrumentalização da equipe de enfermagem e das instituições de saúde. Ao refletir sobre esse dado de realidade, tão comum nos hospitais, nas ações cotidianas do cuidar, é freqüente desconsiderar que os familiares são importantes participantes desse processo.

Aduzindo minha posição, no Brasil, Elsen *et al* (1994) referem ser um desafio para a Enfermagem dar assistência à família. Ressaltam ainda que um referencial teórico para esta área está apenas iniciando seu desenvolvimento.

Em reforço a esta posição, apesar desse momento crítico que a família enfrenta com a hospitalização, a participação da mesma acontece de forma aleatória inexistindo um processo institucionalizado para inclusão dos membros da família como clientes com necessidades que devem ser atendidas.

Assim, é necessário o estudo da interação da equipe de enfermagem com as famílias, que vivenciam o momento da hospitalização, pois a família também necessita de cuidados. Entretanto, observa-se que a família tende a encarar a doença como uma ameaça, tanto em relação à integridade individual quanto familiar pois, quando um dos membros da família adoece, todos os

demais entram em estado de tensão. A equipe de enfermagem parece pressupor que a família apresenta uma capacidade de suportar a gravidade da situação. Mas, o indivíduo hospitalizado e sua família enfrentam problemas que transparecem nitidamente no decorrer da hospitalização comprovando que a relação entre a equipe de enfermagem e a família tem grande relevância, pois o contato é direto e diário no enfrentamento de seus temores e ansiedades (AVELINO, 1999).

Durante a residência em enfermagem, pude compartilhar momentos com esses familiares, que vêem a cirurgia como procedimento ameaçador à vida, sentem o temor da morte como um dos possíveis desfechos da cirurgia, preocupando-se com o seu familiar em termos de sua capacidade/incapacidade após a cirurgia já que, muitas vezes, ele é o arrimo da família. Esse aspecto pode ser compreendido a partir das considerações de Pitta (1994, p. 29), quando afirma que “o homem está desaparelhado para enfrentar a morte como uma contingência, pois retrata um fracasso do sistema médico e das relações com Deus e com os homens”. E para Leopardi (1999, p. 27), “a enfermagem deve centrar um cuidado pessoal, baseado na integridade do indivíduo doente e de sua família”.

Por tudo isso, as famílias deveriam estar inseridas no contexto do cuidado de enfermagem, a fim de poderem ter acesso ao conhecimento da situação vivenciada pelo seu familiar. Assim, elas teriam a oportunidade de exteriorizar seus sentimentos, pois estão sensíveis e necessitando de ajuda o que, muitas vezes, passa despercebido pela equipe de enfermagem. Acredito que é possível cuidar da família através de um cuidado baseado na interação entre a equipe de enfermagem e a família, para o atendimento de suas necessidades, assim, a família pode se tornar objeto da assistência de enfermagem, tanto quanto o cliente. Considerando seu preparo para compartilhar esse momento com o seu familiar, que será submetido a tal intervenção cirúrgica, acredito que devemos incluir a família em nossas atividades assistenciais, uma vez que é a família quem enfrenta a fase aguda da doença e/ou hospitalização de um de seus integrantes, em virtude das repercussões de experiências vivenciadas, tanto para os familiares como para a estrutura familiar.

A família do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca vive um verdadeiro drama, um momento delicado. Na maioria das vezes, ela está sem informações e apoio, pois não sabe como o familiar irá reagir à cirurgia. Portanto, é importante que os familiares estejam esclarecidos quanto à intervenção cirúrgica a fim de minimizar os seus medos pelo desconhecimento.

Segundo Brunner e Suddarth (2002, p. 69), o diagnóstico de enfermagem em clientes que aguardam a cirurgia cardíaca varia de cliente para cliente, de acordo com a cardiopatia e a sintomatologia. Embora este estudo não tenha como enfoque principal os diagnósticos de enfermagem, é interessante destacá-los segundo a versão das mesmas autoras caracterizando assim um momento pelo qual a maioria dos clientes passa durante o pré-operatório: “medo relacionado ao procedimento cirúrgico, desfecho incerto e ameaça ao bem-estar, déficit de conhecimento relacionado ao procedimento cirúrgico e a evolução do pós-operatório”. Neste caso, os membros da família também devem ser considerados como sendo clientes da Enfermagem e, portanto, com potencial para apresentarem estes mesmos diagnósticos de enfermagem.

Durante o período de hospitalização, a família que acompanha o cliente apresenta muitas expectativas ao ver seu ente querido sendo submetido a vários procedimentos, sejam eles invasivos ou não. Com isto, o familiar, que também vivencia a expectativa do procedimento cirúrgico, pode apresentar sentimentos de tensão, angústia e medo, até mesmo pelo fato de desconhecer ou possuir déficit de conhecimento quanto ao que irá acontecer com o seu familiar doente. Acerca do desconhecimento, Cannetti (1999, p. 13) afirma que “não há nada que o homem mais tema do que o desconhecido”.

Neste contexto, destaca-se a necessidade da atuação dos integrantes da equipe de enfermagem no exercício do cuidar, ao atuarem junto aos familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca. É no íntimo da temática do cuidar, que se encontra a essência da profissão da Enfermagem. Por isso concordo com Figueiredo e Porto (1999, p. 15), quando afirmam que “a Enfermagem, enquanto atividade humana, existe desde que a primeira pessoa teve sua saúde afetada e surgiu a necessidade de alguém, para cuidar dela visando sua recuperação”. Ainda referente ao cuidar, Paula (1984, p. 37) considera que o cuidar envolve:

Confortar, amparar, é alimentar e trocar as roupas, é aliviar, é perceber o problema e resolvê-lo, é ensinar o indivíduo a autocuidar-se, é conhecer o outro, o paciente, o cliente, sua família ou a comunidade com adequação, é administrar, é planejar, é avaliar.

Considerando-se as características do cuidar em enfermagem, a profissão pode contribuir para o preparo do familiar que enfrenta o medo do desconhecido constituído pela cirurgia cardíaca, através da interação entre os integrantes da equipe de enfermagem e a família. Conforme Waldow (1998) destaca, o cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda no sentido de promover o bem. No caso das profissões de saúde, este bem envolve o bem-estar da clientela assistida, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa. O cuidado é construído com base na cooperação, nas explicações que orientam a família quanto aos procedimentos técnicos, nas palavras estimulantes, no toque afetivo. Acredito que o contato estreito com a família poderá diminuir o sentimento de desamparo da família que vivencia o processo da hospitalização de seu familiar

1.3 Questões Norteadoras do Estudo

Considerando-se a problematização do objeto de estudo apresentada, surgiram as seguintes questões norteadoras do estudo:

- ❖ Como os integrantes da equipe de enfermagem cuidam dos familiares de clientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca?
- ❖ Quais são as especificidades do cuidado de enfermagem para os familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca?

Diante do exposto, esta pesquisa tem como **objeto de estudo**, a interação entre os familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de enfermagem.

1.4 Objetivos do Estudo

O estudo da interação entre a família e os integrantes da equipe de enfermagem pode ser esclarecedor para o entendimento das necessidades dos membros da família, que apontam as demandas específicas do cuidado de

enfermagem hospitalar. E, considerando que o cuidado de enfermagem acontece no âmbito da interação neste sentido, os objetivos do estudo são:

- ❖ Caracterizar as necessidades de cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar dos familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca;
- ❖ Analisar as implicações dessas necessidades para a determinação de especificidades do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar para esses familiares.

1.5 Contribuições do Estudo

Esta pesquisa é relevante, pois abordará a interação entre a família do cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de enfermagem para o entendimento das demandas específicas do cuidado. Assim, servirá como suporte para melhor direcionar a assistência de enfermagem para esta clientela. Acredito que, sob esta perspectiva, o estudo trará contribuições sob três aspectos.

O primeiro situa-se no contexto do ensino de enfermagem, pois essa temática apresenta uma articulação com os conteúdos teóricos que devem ser abordados no ensino de graduação, para aumentar os conhecimentos científicos dos estudantes, relacionados à prática da Enfermagem em Cardiologia e ao cuidado de enfermagem direcionado às famílias. Esta pesquisa oferecerá oportunidades de reflexão aos estudantes, dentro do contexto acadêmico da formação da enfermeira. Isto, poderá tornar possível aos estudantes, durante o aprendizado de suas atividades profissionais, inserir a família no processo do cuidar em enfermagem, o que levará a ampliação do foco do cuidado da assistência de enfermagem para além do cliente.

Outra contribuição está dirigida para o contexto assistencial, pois a investigação explora a atividade profissional dos integrantes da equipe de enfermagem enfatizando a importância do cuidado de enfermagem para as famílias, nesse momento de incertezas, angústias e expectativas frente à cirurgia cardíaca de seu familiar. Partindo da posição da família necessitada de cuidados bio-físico-socio-espirituais, é preciso uma atuação da equipe de enfermagem, que considere as necessidades dessa família, durante a realização dos cuidados de enfermagem. Assim, a equipe poderá estabelecer e

estender seus cuidados para atender às demandas específicas do cuidado para a família, ou seja, contribuir para a inclusão da família no atendimento pela enfermeira e desenvolver uma assistência sistematizada para esta família.

O estudo ainda traz contribuições que se situam no âmbito da pesquisa, para os profissionais de enfermagem e outras áreas afins, pois ela se constitui em estímulo para os pesquisadores interessados pelo tema. Dessa forma, ela poderá estimular o surgimento de novas pesquisas referentes a interação entre os integrantes da equipe de enfermagem e as famílias de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca ou em outra situação assistencial qualquer, pois há escassez de trabalhos sobre esta temática. Espera-se que os resultados deste estudo possam suscitar outras pesquisas sobre a família como cliente da Enfermagem contribuindo assim, para o fortalecimento desta linha de pesquisa e futuramente, para a criação de um modelo assistencial para a família de clientes hospitalizados.

Contribuirá para a validação de ações/intervenções de enfermagem e consolidação da função de elaboração de diagnósticos pelo enfermeiro diante do cliente e da família. Tais aspectos são capazes de permitir o reconhecimento da cientificidade da enfermagem.

Por último, esta dissertação também contribuirá fornecendo subsídios para estudos pelo Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Hospitalar, em seu eixo temático cuidado de enfermagem hospitalar, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ.

2. FAMÍLIA E CUIDADO DE ENFERMAGEM

2.1 FAMÍLIA: CONCEITO E CONSIDERAÇÕES

Inexiste um consenso acerca do conceito de família, pois na intenção de compreender a família, seria necessário, primeiramente aceitar que ela possui diferentes significados para as pessoas e apresenta diversas definições em diferentes correntes de pensamento, estando vinculada às dimensões social e cultural que representa. Numa perspectiva mais tradicional, os laços familiares são estabelecidos através de consangüinidade, parentesco, casamento e adoção. Atualmente, contamos com uma diversidade de maneiras de conceituar família. De acordo com Carvalho *et al* (2005, p. 74), “as pesquisas sobre família no Brasil têm demonstrado a diversidade na sua organização, (...) no que diz respeito às formas de sociabilidade que vigoram no seu interior”.

No mundo contemporâneo, as mudanças ocorridas na família se relacionam com a perda do sentido da tradição. Vivemos numa sociedade, na qual a tradição vem sendo abandonada, como em nenhuma outra época da história. Assim, o amor, o casamento, a família, a sexualidade e o trabalho, antes vividos a partir de papéis pré-estabelecidos, passaram a ser concebidos como parte de um projeto em que a individualidade conta decisivamente e adquire cada vez mais importância social (CARVALHO *et al*, 2005).

A evolução da família não aconteceu de forma linear, pois cada cultura provavelmente num determinado momento evolutivo da humanidade, possuía sua própria concepção singular de constituição de família. Nessa linha de pensamento, Osório (1996) afirma que a estrutura familiar varia conforme a época, história, os fatores sócio-políticos-econômicos ou ainda, religiosos que marcaram uma determinada cultura. Este autor considera ser a família, a unidade básica de interação social. O pensamento da autora deste estudo coaduna com a do referido autor, quando este diz que esta unidade básica nos dias de hoje é diferente da unidade considerada em tempos anteriores, em virtude das transformações de sua dinâmica e estrutura. A família é, a priori, uma entidade histórica ancestral e interligada aos rumos e desvios da história,

ela mesma mutável na exata medida em que mudam as estruturas e a arquitetura da própria história através dos tempos.

Considerando-se a importância da família na sociedade, o ano de 1994 foi designado pelas Nações Unidas como o Ano Internacional da Família, uma das mais antigas instituições da História. O objetivo era o de lançar o desafio de reflexão sobre algo vital para o progresso dos povos e da civilização. A família, além de célula-mater da sociedade humana, pode também ser vista como um “microcosmo do mundo” (KALOUSTIAN, 1994). O princípio norteador deste estudo foi conduzido com base na definição de família como unidade básica da sociedade, um instrumento essencial de preservação, transmissão de valores culturais, uma instituição direcionada , sobretudo, para educar, formar e motivar o homem.

Nitschke et al (1992), em seu trabalho sobre o que compreende uma família saudável, conceituaram família sob três aspectos: o biológico, no qual se considera a rede familiar biológica e a família de procriação; o sociológico, no qual a família pode incluir qualquer grupo de pessoas que vivam juntas; e o psicológico, no qual a família inclui qualquer grupo de pessoas com laços emocionais muito fortes.

O termo família é originado do latim *familus*, que significa “um grupo composto por um chefe ou senhor, seus servos e dependentes “ (PRADO, 1984 p. 51). Esse conceito já não exprime a definição de família em nossos dias e sim, a de uma família do século XV, que segundo Áries (1978, p. 231) consistia de

(...) uma realidade moral e social, mais do que sentimental. A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linguagem.

Conforme Carvalho *et al* (2005), a família nuclear burguesa começou a ser delineada no início do século XVIII, com o surgimento da escola, privacidade, preocupação de igualdade entre os filhos, manutenção das crianças junto aos pais e do sentimento de família valorizado pelas instituições, principalmente a igreja. Naquela época, a configuração da família brasileira era equiparada à da família medieval, na Europa, na qual não eram valorizadas a intimidade e a privacidade familiar. Do período colonial até o século XIX, os

grandes casarões rurais serviram como abrigo da família brasileira. Nestes lugares, pessoas conviviam com seus filhos legítimos e naturais, além de agregados, parentes, velhos e encostados, rodeados de escravos por todos os lados, responsáveis por todo o funcionamento da habitação (MELMAN, 2001). Para este autor, a organização da família brasileira era centrada na figura do senhor, exercendo função de pai, marido, chefe e comandante da tropa.

Segundo Kuznesof (1989), no período colonial a família brasileira era uma instituição vertical baseada no parentesco, ajuda mútua, troca e clientelismo, ou seja, os casamentos na mesma família garantiam e preservavam ou contribuíam para ampliar as propriedades da burguesia. No final do século XIX, tornaram-se mais comuns os casamentos entre famílias diferentes, o que transformou as famílias em instituições mais horizontais e menos verticais. Ainda no século XIX, na Europa, “a população mais pobre e mais numerosa (...) vivia como as famílias medievais, com as crianças afastadas da casa dos pais” (Áries, 1978, p. 233). Esta população vivia de forma semelhante aos agregados à casa grande patriarcal do Brasil da mesma época (CARVALHO et al, 2005).

Durante milênios, a família patriarcal foi o modelo social aceitável pela grande maioria dos povos. Uma família centralizada no poder paterno e, com poucas exceções, no poder materno. As famílias baseadas no binômio autoridade / poder encontraram seu ocaso em meados deste século, com o advento de movimentos da contracultura, fundamentados no liberalismo.

Ao longo dos séculos, o conceito de família foi evoluindo à medida que o desenvolvimento dos povos trazia mudanças ao estilo de vida das pessoas, o que levou a diferentes caracterizações da família, dependendo do contexto sócio-político que a rodeava.

O conceito de família mais conhecido e considerado como símbolo ao longo dos anos foi o de família nuclear burguesa constituída por pai, mãe e filhos. Ela era considerada como um arranjo doméstico estatisticamente preponderante, um modelo hegemônico como referencial e ideal de ordenação da vida doméstica, para a grande maioria da população (CARVALHO, *et al* 2005). A família como entidade dinâmica tem sofrido nas últimas décadas intensas modificações decorrentes de transformações no contexto histórico-sócio-econômico e demográfico, o que contribuiu para a existência de

diversidade em sua organização tanto no que se refere à composição, quanto no que diz respeito às formas de sociabilidade que vigoram em seu interior. Há, portanto, duas áreas em que as mudanças incidiram de forma significativa, alterando a ordem familiar tradicional: a autoridade patriarcal e a divisão dos papéis familiares, o que modificou substancialmente as relações entre o homem e a mulher e entre os pais e os filhos.

Ocorre que, com o passar dos anos, a família tem constituído outras formas de se estruturar, através da mudança de seu perfil existente no século passado. Ocorreu assim, a transição dos valores da família deixando para trás o estereótipo de família nuclear. De acordo com Palis (1997), foi a partir da Segunda Guerra Mundial, com a alteração dos processos de urbanização e de emancipação da mulher, que aconteceu a desestruturação da família nuclear tradicional. Sendo assim, uma das transformações mais significativas na vida doméstica e que redundou em mudanças na dinâmica familiar foi a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, em consequência das dificuldades econômicas enfrentadas pelas famílias. Isto contribuiu para o surgimento de nova reorganização familiar.

Segundo Carvalho *et al* (2005) as Constituições brasileiras anteriores a 1988 abrigaram sob o manto de sua proteção apenas à família denominada “legítima”, ou seja, à família resultante do casamento. Mas, a atual Constituição ampliou essa visão estreita representando um marco na evolução do conceito de família, pois ela reconheceu a união estável entre homem e mulher como entidade familiar, no parágrafo 3º, do artigo 226, suprimindo a expressão constituída pelo casamento. Por tudo isto, o atual Código Civil Brasileiro considera família ou entidade familiar, a comunidade formada apenas por um dos pais, uma medida de proteção às mães solteiras. Então, o casamento não precisa estar necessariamente presente na formação da família. A Constituição também considera o concubinato, quando reconhece a união estável.

Desta forma, o modelo tradicional de família como instituição vem dando espaço para um novo modelo de organização familiar, diferente daquela do século passado. Neste sentido, Costa (1998) fez uma reflexão sobre as famílias que prevalecem na sociedade atual. São elas: famílias biológicas, famílias nucleares, famílias abrangentes, famílias extensas incluindo mais modernamente, famílias formadas por casais homossexuais e aquelas com

apenas um dos pais. Corroborando com esta posição, Waldman e Marcon (2003), ressaltam a imensa diversidade de composições familiares em nosso país. Essas composições variam em função de alguns fatores, tais como: classe social, região do país, religião, conceitos sócio-demográficos. Enfim, elas sofrem influências de uma gama de elementos, os quais não podem ser subestimados.

Esse fato traz uma grande dificuldade para conceituar a família no Brasil. Os estudos históricos sobre a temática mostram uma pluralidade de composições, que incluem laços sangüíneos, relações informais, família conjugal, família não legitimada juridicamente, entre outras. Da Matta (1987, p. 125), do ponto de vista da Antropologia, contribui de forma significativa para que se compreenda a família brasileira. Ela afirma que:

Uma reflexão crítica sobre a família permite descobrir que, entre nós ela não é apenas uma instituição social capaz de ser individualizada, mas constitui também e principalmente um valor. Há uma escolha por parte da sociedade brasileira, que valoriza e institucionaliza a família como peça fundamental à própria vida social. Assim, a família é um grupo social, bem com uma rede de relações.

Ainda no se refere ao lugar especial que a família brasileira ocupa, Neman (2000, p. 41) considera que:

No cotidiano de vida dos brasileiros o que se pode observar é a importância que dão à sua família. Isso em todos os níveis sociais, grupos culturais, no campo e na cidade. Assim, ela continua sendo um importante elo entre o indivíduo e a sociedade.

Na realização do Censo 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 2000, p. 21) considerou o conceito de família de maneira abrangente:

Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar. Entende - se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência a regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica. Consideram - se como famílias conviventes as constituídas de, no mínimo, duas pessoas cada uma que residam na mesma unidade familiar

(domicílio particular ou unidade de habitação em domicílio coletivo).

Na visão funcionalista, a família é conceituada como célula básica da sociedade, com um universo fechado, estático e de relações estritamente intra-familiares. Já para a visão crítico-dialética, a família é o núcleo básico de reprodução social, uma unidade dinâmica e reprodutiva (FEREZ, 1990). Para Nenam (2000, p. 27), a família é “instituição social básica, que pode ser observada em todas as sociedades humanas”.

Hanson e Boyd (1996) consideram a família um grupo formado por dois ou mais indivíduos que dependem uns dos outros para a obtenção e fornecimento de suporte emocional, físico e/ ou econômico e em que a composição deste grupo se dá por autodefinição.

Mas, por causa das mudanças na forma de organização das famílias, o termo tem recebido outra definição. Ângelo (1997, p. 21) conceitua a família como:

Um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas, que funcionam do modo a se considerarem uma família. Com isso o conceito de família tem sido mais amplo.

Esta avaliação considera diferentes composições para a família; nuclear, composta de pai, mãe e filhos; e extensa ou ramificada, quando diferentes gerações estão incluídas (ELSEN *et al*, 1994). As autoras também tratam por família, pessoas que mantêm laços afetivos, que podem ou não apresentar laços de consangüinidade ou composta apenas por amigos íntimos, com os quais inexista alguma consangüinidade. Desta forma, a unidade familiar é como um grupo de pessoas que interagem mutuamente, convivem e compartilham com o indivíduo o seu dia-a-dia e podem ou não ter laços consangüíneos e ligações afetivas. Corroborando com estas posições, Wright e Leahey (2002), afirmam que a composição familiar é determinada por afetos e fortes laços emocionais, além do senso de pertencer ao grupo, considerando a durabilidade da relação.

Portanto, pode-se dizer que a família é um grupo de pessoas que interagem entre si, um influenciando o outro e agindo todos, a partir de suas crenças, valores e modo de pensar. Nesta linha de pensamento, Boff (1999)

destaca que construímos o mundo a partir dos laços afetivos tornando as pessoas e as situações portadoras de valor, motivo de preocupação e responsabilidades. Assim, em determinadas situações, um amigo é considerado integrante da família. Neste sentido, Nemam (2000, p. 30), através de seu estudo considera “família como aquela a qual seu cliente considera naquele momento e lugar”.

Neste estudo, fundamentou-se o conceito adotado pela definição de Elsen et al (1994), que consideram família como indivíduos que têm ou não laços consangüíneos, mas que estão compartilhando experiências e vivências, além de estarem unidos por ligações afetivas. Sendo assim, um amigo, um vizinho e, até mesmo, um colega de trabalho que esteja compartilhando com o cliente o momento da hospitalização, pode ser considerado como um membro de sua família.

Penso que estender o conceito de família será mais pertinente para a realização deste estudo, considerando a pluralidade de composições da família contemporânea. Para isto, foi necessário adotar um conceito que permitiu englobar o maior número de variações encontradas na prática assistencial da Enfermagem. Então, neste estudo, o conceito foi ampliado, considerando-se os laços afetivos oriundos do parentesco ou de outras formas de relacionamento.

2.2 A Família do Cliente em Período Pré-operatório de Cirurgia Cardíaca

As doenças cardiovasculares emergiram como a principal causa de morte nos países desenvolvidos, que vem ocorrendo desde a última metade do século passado (OLIVEIRA, 2003). Torna-se necessário um estudo que contemple a família do cliente cardiopata, pois muitas famílias são atingidas por terem seus membros acometidos por doenças cardíacas, conforme evidenciam os dados epidemiológicos. Os acometimentos cardíacos, também são importantes sob o ponto de vista da saúde coletiva. Através de dados epidemiológicos verifica-se que há um grande número de indivíduos acometidos por doenças cardíacas. Ocorre que, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira (BRASIL, 2001).

Pode-se concluir que não existe uma única causa para a doença cardiovascular, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da doença cardíaca coronariana, ou seja, a doença cardiovascular tem uma abordagem multifatorial.

São considerados fatores clássicos para risco cardiovascular aqueles que podem contribuir para a formação de aterosclerose coronariana e se classificam em fatores de risco modificáveis e não - modificáveis. Entre os fatores modificáveis, incluem-se: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica (HAS), hiperlipidemia, tabagismo, vida sedentária, obesidade, estresse emocional, o que depreende que a categoria modificável é decorrente de um estilo de vida (BEEVERES e MAC GREGOR, 2000). Os fatores não - modificáveis incluem a idade, o sexo e a história familiar de doença cardíaca pregressa, e a raça.

No Brasil, as doenças cardiovasculares acometem cerca de 300.000 brasileiros ao ano, sendo considerada como uma das principais causas de morte e incapacidade na vida adulta e velhice. Ocorrem 840 casos por dia de intercorrências cardiovasculares no Brasil ocasionando gastos com assistência médica e implicando uma maior ocupação dos leitos de internação do Sistema Único de Saúde. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27,4% das mortes no Brasil em 2001, por cerca de 40% dos óbitos nos EUA (CARVALHO e STUCH, 2003). Os estudos epidemiológicos prevêm que, com o atual crescimento da população idosa, ocorrerá um aumento na incidência das doenças cardiovasculares e também um aumento da mortalidade total e do custo econômico em cerca de 50% por volta do ano de 2010, devendo haver nas próximas décadas, provavelmente, um aumento progressivo de pacientes idosos que se apresentam aos Serviços de Cirurgia Cardíaca (BURD e FILHO, 2004).

As doenças cardiovasculares podem requerer tratamento cirúrgico em algumas situações congênitas, agudas ou crônicas. A intervenção cirúrgica dependerá das manifestações clínicas decorrentes da patologia de base. Para se submeter à intervenção cirúrgica, o cliente deve permanecer hospitalizado para realizar os exames pré-operatórios, aguardando a data para se submeter ao procedimento cirúrgico. Neste processo, o cliente e sua família passam a

compartilhar um ambiente que não lhes é familiar, vivenciando a hospitalização. Palis (1997) ressalta que a hospitalização de um indivíduo portador de uma doença crítica gera na família um desconforto muito grande, por ser uma situação ignorada, na qual passa a lidar com pessoas, ambientes, rotinas desconhecidas, além das mudanças em suas próprias atividades diárias.

No processo saúde-doença, o cliente compartilha esse momento com sua família que, possivelmente esteja tão ansiosa e necessitada de cuidados quanto o seu familiar, que será submetido ao procedimento cirúrgico, pois a família é uma extensão do cliente. Esta posição é confirmada por Burd e Mello Filho (2004, p. 340), quando dizem que “a família do paciente cardiopata vive todo o processo de adoecimento com as mesmas angústias que o paciente”. Costenaro (2001, p. 92) também assume a mesma posição, quando afirma que: “ (...) a doença é um momento de muitas incertezas, tanto para o cliente quanto para sua família, e devemos compreender que a mesma enfrenta todo o processo de adoecimento, juntamente com o cliente”. A doença e hospitalização de um ente querido, normalmente impõem estresse à sua família determinando um desequilíbrio no ajustamento de seus integrantes. Este problema assume dimensões especiais, quando esta situação é marcada pela gravidade da (...) doença, uma ocasião em que a família mais necessita de auxílio (HENDERSON, 1981, p. 32).

Apesar de todo avanço da tecnologia e do aprimoramento das técnicas na realização da cirurgia cardíaca, a própria cirurgia como indicação terapêutica, já é considerada um fator gerador de tensão, ansiedade, medo e stress para o cliente e seu familiar, que se encontram geralmente desinformados e vivendo um momento difícil em suas vidas. A palavra cirurgia é algo que leva todo ser humano a fazer reflexões. Por mais simples que ela seja, sempre é acompanhada de anseios, dúvidas e medo. Esse tipo de intervenção cardíaca é considerado como uma cirurgia de grande porte, sendo interpretada como um procedimento delicado, com técnicas especializadas. Acrescente-se que qualquer falha durante o procedimento cirúrgico poderá ser fatal. Atualmente, a indicação cirúrgica ocorre de forma muito criteriosa. Porém, é inegável que a intervenção acarreta grandes riscos.

Com isso, a preocupação do cliente e seu familiar são absolutamente compreensíveis, tendo em vista que o coração é um órgão nobre e um dos mais vitais para o corpo humano. Essa posição privilegiada do coração também provém do fato de todos saberem que uma parada cardíaca sem atendimento equivale à morte. Esse temor em relação à cirurgia cardíaca está relacionado à representação do cliente sobre o coração e suas patologias, tanto em termos físicos, fisiológicos, como em termos de perspectiva simbólica no imaginário dos familiares desses clientes. Embora se saiba que, fisiologicamente o comando é do cérebro, é o coração que representa o sentimento humano. Este simbolismo está fundamentado no que o coração representa em termos de sentimento humano. Na direção desta posição, Krüger e Echer (2000, p. 123) consideram que culturalmente, a tristeza, a coragem, o amor, o ódio, alegria, e o medo são sentimentos associados ao coração. Parece esperado que afecções cardíacas desencadeiem um expressivo impacto sobre esses sentimentos, como usualmente é observado na cirurgia cardíaca. Sobre estes aspectos estas autoras afirmam que:

Os problemas que afetam os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, entre outros, estão relacionados ao papel desempenhado na vida psíquica do homem sede dos sentimentos e das emoções, fazendo com este tipo de cirurgia seja vivido como uma experiência única qualitativamente diferente de qualquer outro tipo de procedimento médico.

A idéia simbólica sobre o coração está relacionada com sua representação em antigas civilizações. As civilizações, egípcia e asteca concebiam o coração como um órgão mítico. No Egito antigo, ele era pesado na balança dos deuses e representava a consciência do morto e o essencial de sua vida terrestre. Os astecas o consideravam como a chave da vida. Nos sacrifícios humanos, o coração era arrancado do peito das vítimas pelo sacerdote e oferecido ao deus Sol. Na Grécia antiga, o órgão foi percebido ora como a sede da alma, ora como o centro da vida intelectual e das emoções (BRAGA e CASTAIGNE, 2004). No Ocidente, o coração é considerado a sede dos sentimentos. Mas, nas civilizações tradicionais ele representa a inteligência e a intuição, sem excluir fatores afetivos. Por ser responsável pela circulação do sangue, ele era tomado como símbolo e não como sede efetiva das funções intelectuais. Já na tradição bíblica, o coração simboliza o homem interior, sua

vida afetiva, a sede da inteligência e da sabedoria. Nas tradições modernas, o coração se tornou um símbolo de amor profano, da caridade enquanto amor divino, da amizade, e da retidão (CHEVALIER e GHEERBRANT, 1982).

Até o século XXII, os médicos viam o coração como o centro da alma, por que era conhecido como o primeiro a viver e o último a morrer dentre os órgãos vitais (CHAUX, 1990). O coração é o órgão preferido dos seres humanos. E essa predileção deve-se a sua representação como abrigo dos sentimentos e, especialmente, dos sentimentos amorosos. São inúmeros os sentidos que foram dados ao longo dos séculos, à palavra coração. Braga e Castaigne (2004, p. 45) destacam os seguintes sentidos: “o coração tem suas razões; você me parte o coração; eu te dei meu coração”. Até mesmo a igreja, nos séculos XVII e XXVIII, partindo de citações pouco explícitas, montou um culto ao Sagrado Coração de Jesus, ao qual se deve a edificação da Basílica do Sagrado Coração, sobre o monte onde surgiram os primeiros mártires cristãos em Paris, cujo nome é monte mártir, ou Montmatrre), que atrai namorados do mundo inteiro (BRAGA e CASTAIGNE, 2004).

De acordo com a simbologia encontrada para o coração, é possível compreender a ansiedade vivida pelos familiares em decorrência da cirurgia a qual seus entes queridos serão submetidos. A proposta de realização de uma cirurgia cardíaca pode, sobretudo intensificar a ansiedade do paciente e de sua família. É freqüente a mobilização de angústias profundas, com destaque para a angústia relativa ao medo da morte. Santos (2000) expressa que a maioria das crenças e fantasias relatadas pelo paciente que irá se submeter a uma cirurgia são transmitidas pelos próprios familiares podendo ser equivocadas ou terem surgido após experiências traumatizantes. Por isso, é essencial estender a assistência de enfermagem à família, pois se sabe que o processo cirúrgico raramente é vivenciado pelo cliente de maneira isolada de sua família.

Assim, deve ser considerado que, quando o cliente está sendo submetido à cirurgia, pelo lado externo do centro cirúrgico, seja no corredor, seja na sala de espera, existe uma família que se encontra angustiada, sofrida, impotente para ajudar o seu familiar, que, por sua vez se desorganizou junto com o problema do doente e também se assusta com a possibilidade da morte que, muitas vezes, ronda seus pensamentos (PINHO e KANTORSKI, 2004).

Desse modo, o cliente e a doença não podem ser separados do contexto familiar, pois para o cliente e sua família este momento é ímpar, embora para a equipe de enfermagem possa se tratar de uma situação experimentada no cotidiano. A família estará envolvida em uma situação totalmente diferente de seu dia-a-dia, o que produz mudanças nas atividades cotidianas, afetando a rotina de vida familiar e alterando sua dinâmica. Neste sentido, BURD e MELLO FILHO (2004, p. 351) tornam evidente a alteração da dinâmica familiar através do adoecimento:

O adoecimento de um membro da família muitas vezes faz com que haja uma troca de papéis: um pai de família adocece e fica impossibilitado de trabalhar, e mãe precisa assumir o papel de provedora (principalmente em famílias de baixa renda) o que freqüentemente traz um sofrimento ao pai que culturalmente, é visto como provedor da família.

O adoecer é um processo social que engloba mudanças físicas ou emocionais e experiências subjetivas e objetivas. Este processo envolve, além do cliente, as pessoas que com ele se relacionam, que estão próximas, compartilhando o desenrolar da doença. Por isto, cabe à enfermeira considerar as implicações decorrentes de uma doença, não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre os membros de sua família.

Nesse contexto, o processo saúde-doença é claramente explícito na maioria das famílias. Se a família está bem, todos estão. Mas, se um de seus membros adocece ou precisa realizar um procedimento cirúrgico, a família “adocece” e muitas vezes, se desestrutura, sendo também necessário receber cuidados (COSTENARO, 2001). Dessa forma, a hospitalização, por si só, provoca um significativo impacto na dinâmica familiar podendo portanto, conduzir os familiares a uma situação de crise. Se a doença e a hospitalização de um ente querido normalmente impõe estresse à sua família determinando desequilíbrio no ajustamento de seus membros, o problema assume proporções especiais quando a situação é marcada pela gravidade da doença.

Tal situação associada a angustia do pré-operatório de cirurgia cardíaca pode gerar na família um momento de crise isto é, a queda do equilíbrio que acontece quando o indivíduo ou grupo se depara com um obstáculo que põe em risco o alcance de seus objetivos. O desequilíbrio se instala entre a

dificuldade real do problema, a importância do problema e os recursos existentes para resolvê-lo.

Diante dessa situação, a família se sente impotente e ineficaz iniciando um processo de desorganização e desordem familiar que atinge todos os seus membros. A resposta da família à doença pode variar de acordo com o tipo de doença, aguda ou crônica, que pode representar o risco de vida (HANSON e BODYD, 1996).

Neste processo saúde-doença, a família pode, através de suas habilidades conseguir enfrentar a situação de desequilíbrio que foi instalada pelo processo de hospitalização. Esse fato geralmente ocorre com a família saudável. Conforme Nitschicke (2000, p. 36), pode ser considerada como família saudável aquela:

Que tem equilíbrio de coesão, flexibilidade e uma comunicação funcional, e possui como característica a habilidade para enfrentar o estresse, () crises, conflitos e contradições (...) tem a liberdade de expor seus sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos.

Para a família apresentar uma reação saudável a este processo de crise instalado com a hospitalização e o procedimento cirúrgico, que mudou a dinâmica familiar, ela necessita da assistência de enfermagem, através do processo de interação família - integrantes da equipe de enfermagem. Então, torna-se necessário que a equipe também saiba cuidar da família e passe a vê-la também como cliente, reconhecendo as suas necessidades, dificuldades e seus temores, para atuar de maneira a ajudar na resolução das dificuldades de seus membros. O momento que antecede o ato cirúrgico para o cliente é relevante, pelas incertezas vividas por estas famílias. Deve-se destacar neste trabalho, portanto, o quanto é grande a responsabilidade dos integrantes da equipe de enfermagem, ao interagir com as famílias, para o esclarecimento de seus questionamentos. Dessa forma, se a família tiver acesso ao conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis, seus níveis de estresse e ansiedade tendem a diminuir significativamente.

Sendo assim, além de ter o conhecimento técnico-científico, os integrantes da equipe de enfermagem, também devem apresentar sensibilidade para avaliar e tentar amenizar os momentos de ansiedade, angústia e estresse vividos pelas famílias. Os familiares e o cliente sofrem não

só pelo processo da cirurgia, mas também pela expectativa de vida que ele terá a partir dos resultados da terapêutica adotada.

2.3 O Cuidado de enfermagem para a família do cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca

Considerando que a família vivencia as mesmas angústias que o cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca, é necessário inserir a família no cuidado de enfermagem para que ela possa enfrentar a crise que se estabelece nesse momento. Sobre o cuidado de enfermagem para a família, Martins e Nascimento (2000, p.26) lembram que

Na Enfermagem, a preocupação com as questões da família e do cuidado a ela direcionado remonta a meados do século XIX, quando Florence Nightingale escrevia cartas para os familiares dos soldados feridos na guerra informando sobre o seu estado. Percebe-se que, mesmo em tempos tão distantes a família já era visualizada como alvo de cuidados de enfermagem.

Para Wright e Leahey (2002) o cuidado de enfermagem para a família tem origem na casa dos pacientes, e nada mais natural que ele envolvesse os membros da família e que prestasse serviços centrados na família. Mas, com a transição da prática de enfermagem das residências para os hospitais, durante a Segunda Guerra Mundial, as famílias foram excluídas não apenas do cuidado a membros doentes, mas também de eventos familiares importantes, como o nascimento e a morte.

A Associação Americana de Enfermagem veio a reconhecer a família como elemento a ser cuidado, apenas na década de 80. Esse momento representou uma evolução da Enfermagem em relação à família, como clientela a ser cuidada. Assim, a inclusão da família nas ações desenvolvidas pelos integrantes da equipe de enfermagem ganha paulatinamente, um espaço no contexto mundial e brasileiro (ANGELO, 2003). No contexto brasileiro, esta autora afirma que o cuidado para as famílias limita-se a vê-las como fonte de informações, o que por vezes responde de maneira insatisfatória e pouco específica, às necessidades das famílias frente ao cuidado profissional.

É necessário que os integrantes da equipe de enfermagem reconheçam as individualidades pessoais, características e necessidades próprias dos membros da família. Para estabelecer o cuidado centrado na família, é

necessário participar de seu contexto interacional, para compartilhar suas vivências durante o processo saúde-doença, que é permeado de incertezas e expectativas.

Ao longo dos tempos, a profissão passou por diferentes períodos na sua evolução desde a época primitiva, com uma prática intuitiva e empírica, até os dias atuais, em que ela pode ser entendida como uma ciência em construção (CARVALHO, 2003). Nesse sentido, a atividade de cuidar é antiga existindo desde os primórdios da humanidade, como apoio e amparo. Paixão (1969, p. 13), por exemplo considera que “nas mais remotas eras, podemos imaginar a mãe como a primeira enfermeira da família”. A genealogia da prática do cuidar mostra que ela teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado e particular.

Esta prática de cuidar da família teve sua origem no interior das próprias famílias. Sua realização demandava apenas um saber empírico, ou seja, um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando assim, de geração para geração. Ao ser concebida como uma ocupação de mulheres, a Enfermagem foi incorporando a essa ciência a prática do cuidar, enquanto campo de domínio próprio (DAHER *et al* , 2002). A trajetória do cuidado tem como ponto relevante a participação feminina na execução dos cuidados. Conforme Collière (1999) ressalta, dados observados ao longo da história foram caracterizando o cuidado como uma prática universal e feminina, surgida da própria condição da mulher, do seu papel doméstico de cuidar dos filhos e dos afazeres domésticos.

O aspecto evolutivo do cuidado adquire maior clareza através de Porto e Figueiredo (1999) quando fazem uma reflexão acerca da evolução histórica dos cuidados de enfermagem relacionados a clientela cirúrgica. Elas denominaram os cuidados de supersticioso, ambíguo e científico. Pode-se localizar o cuidado supersticioso de enfermagem no período da Idade Antiga, sendo realizado por feiticeiros, sacerdotes, religiosos. Naquela época, acreditava-se que a doença era causada por maus espíritos, e somente a magia poderia curá-la. Já na Idade Média, o principal interesse implicado no cuidado era voltado para a salvação da alma tanto daqueles que o ofertavam, como daqueles que o recebiam. Depois, as descobertas científicas foram sendo realizadas, ao lado da organização dos hospitais. A cirurgia era praticada por

barbeiros e curandeiros e a medicina era desenvolvida pelos monges. Este período foi marcado por uma lenta estruturação das atividades da Enfermagem, mas ela ainda não era caracterizada como profissão.

O cuidado ambíguo de enfermagem teve origem no período da Renascença. Este período de expansão do conhecimento repercutiu inversamente na evolução da Enfermagem. Este período foi marcado por contestações decorrentes do Renascimento que atingiram a Igreja Católica, com o surgimento do protestantismo. O cuidado e a manutenção dos hospitais que eram antes desenvolvidos por cristãos, religiosos e leigos passaram por uma decadência. O cuidado passou a ser realizado por pessoas despreparadas e à margem da sociedade. Depois, estabeleceu-se o cuidado científico de enfermagem no período compreendido entre o final de século XIX e o início de século XX, pois os fundamentos das ciências da saúde, da ecologia ambiental, da sociologia e outras ciências foram sendo paulatinamente incorporados como pressupostos da profissão (PORTO e FIGUEIREDO, 1999).

Neste contexto, Stam (2002) afirma que o cuidado científico de enfermagem tem como relevante contribuição, a precursora da Enfermagem Moderna, Florence Nightingale (1820) que deu início à sua caminhada científica. Este período foi o marco inicial da enfermagem profissional. A história da sistematização da Enfermagem surge com Nightingale, passando ela a ter um caráter organizado. Sua contribuição se constitui em fundamentar o saber científico da profissão no cuidado de enfermagem ao ser humano e na sua interrelação com o meio ambiente. Ela vislumbrava o cuidado a partir de uma visão mais integral do ser humano. Para a época, as ações de enfermagem extrapolavam o contexto hospitalar, contemplando também o contexto social, político e ecológico.

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem emergiu com bases humanitárias articulando arte, ciência e espiritualidade. Atualmente, em relação ao cuidado de enfermagem para a família, Nitschke et al (1992, p. 53) afirmam que “a família, enquanto recipiente do cuidado tem sido identificada como um foco da assistência de enfermagem desde os primórdios da profissão, inclusive através da própria Florence Nightingale”.

Florence Nightingale, a precursora da enfermagem moderna, valorizou a arte através das ações de enfermagem, da estética, da intuição, da educação e da criatividade. Enfatizou conceitos de ser humano, meio - ambiente, saúde-doença destacando os benefícios e os cuidados relacionados com ventilação, luz, calor, dieta e condições sanitárias. Com os elementos - chave para a saúde ela propôs, assim, uma teoria ambientalista ressaltando a importância do cuidado amoroso, honesto e desprendido.

Stamm (2002) se posiciona afirmando que a Enfermagem pós-nightingaliana se afasta dessa proposta, aliando-se ao modelo biomédico, segundo uma visão cartesiana adotada pela medicina. Nesta época, o cuidado passou a ter sua ênfase direcionada para as ciências biológicas/tecnicistas, este se direcionou para dar respostas ao modelo biomédico. O caminho seguido para que a Enfermagem se configurasse como ciência foi semelhante ao seguido pelas outras ciências constituídas no mesmo período.

Deste modo, a ciência da Enfermagem acabou se distanciando de suas metas. E o cuidado se distanciou da casa do cliente, deixando, principalmente, de ter a família como contexto (NEMAM e SOUZA, 2003).

Na década de cinquenta, surgiu a preocupação em organizar os princípios científicos que devem nortear a prática de enfermagem. Até então, a profissão era vista como não - científica e suas ações baseadas na intuição.

Neste momento, foram organizados os princípios científicos que fundamentavam as ações de seus profissionais. Nesse movimento de busca de um embasamento científico para as técnicas de enfermagem, grande parte do saber passou a ser tributário das descobertas da medicina, agregando-se também conteúdos da psicologia e da sociologia. No período, verificou-se um evidente desenvolvimento das técnicas médicas e das instituições hospitalares provocando o crescimento da indústria hospitalar e farmacêutica (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Na segunda metade do século XX, a Enfermagem retoma o saber nightingaleano em sua essência primária, ou seja, uma assistência centrada no cuidado, através de Leininger, na década de 70, que entendia o cuidado como foco central da Enfermagem. No Brasil, no início da década de 70, Horta (1979) desenvolveu a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a partir da Teoria da Motivação Humana, de Maslow e dos posicionamentos de Mohana sobre as

necessidades humanas. Esta autora desenvolveu uma metodologia de trabalho denominada processo de enfermagem, que propõe a sistematização da assistência de enfermagem. Ela aborda o cuidado como necessidade humana essencial.

Na década de 80, propagou-se a idéia de que a Enfermagem deveria ser interpretada como sinônimo de cuidado. Ocorre uma dicotomia entre cura e cuidado, pois “não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado sem cura” (STAMM, 2002, p. 23). Neste período, a Enfermagem desenvolveu estudos que integravam a família aos cuidados de enfermagem. A Enfermagem não é apenas o executar dos procedimentos, é o interagir com o ser humano, estar comprometido com a vida, vivenciar a experiência da dor, sofrimento e alegria e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Assim, os integrantes da equipe de enfermagem precisam rever constantemente a prática cotidiana e, quem sabe, ousar o desenvolvimento de um novo projeto, abandonando o paradigma científico cartesiano/biomédico. Reforçando esta posição, Santoro (2000, p. 13) considera que:

(...) da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para atender aos aspectos objetivos (verificar temperatura e pressão arterial), também o fazemos para os aspectos subjetivos implicados na interação profissional.

Se os profissionais de enfermagem são pessoas que cuidam de pessoas, em um encontro no qual a interação e a comunicação designam todas as formas de relações sociais que se estabelecem na Enfermagem, esta situação, por si só, pode ser considerada um dos vetores de humanização. Nessa linha de pensamento, para Tanaka e Belluomini (2003, p. 21), “o ato de humanizar significa tornar humano, dar condições humanas ao homem, não de forma técnica mecanizada e sim num processo vivencial”. Ainda nesta direção, Angelo (1997) destaca que, o trabalho que incorpora a família representa a possibilidade de ampliar o nosso próprio mundo, transformando conseqüentemente, nosso cotidiano em algo mais interessante, eficiente e humanizado.

Os atos humanísticos de cuidar servem para reduzir o stress, os conflitos e atuam como protetores. O desempenho no cuidar é influenciado pelos contextos ecológico, cultural, social e político. Para que haja efetivamente

o ato de cuidar, é necessário um processo de interação. Então, incluir a família no cuidar da Enfermagem, exige de quem cuida estar aberta às interações e ao impacto das vivências, e conhecer dinâmicas, crenças e formas de adaptação às situações diversas. O cuidar acontece em um contexto interacional, de vivências compartilhadas. É praticamente consensual que o cuidado de enfermagem se baseia em ação interativa alimentada pelo desejo de ajudar o outro e, como outras ações de natureza similar, exige criatividade e capacidade de lidar com o imprevisível (WALDOW, 1998).

Para Collière (1999) cuidar é, prioritariamente, aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e experiências do viver e do morrer. Segundo Figueiredo, Porto e Machado (2003, p. 81) a origem da palavra cuidado deriva de um verbo de ação – cuidar que, por sua vez, vem do latim cogitare, que significa: “imaginar, pensar, meditar, ter cuidado, tratar”. Assim, segundo Figueiredo, Porto e Machado (2003, p.81), a definição de cuidado implica em:

Uma ação incondicional do trabalho de enfermagem que envolve movimentos corporais, impulsos de amor, ódio, alegria, tristeza, prazer, esperança e desespero, energia que emana dos corpos, e disposição espiritual para agir, pensar e sentir todos os sentidos. É um ato libertador, que representa a essência de enfermagem, porque é ação humana, transcendente a práticas e emoções; é um ato político, que pode revolucionar o ambiente e o sujeito do cuidado.

Esta definição de cuidado é pertinente ao cuidar / cuidados para as famílias, considerando que elas precisam ser confortadas, ouvidas, esclarecidas, amparadas, quando a hospitalização do familiar passa por momento de medo e incertezas. O cuidado tem sido objeto de estudo de outras áreas, no Brasil. Um desses estudiosos é Boff (1999, p. 91), que o conceitua como se segue:

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então, [a] dedicar-me a ele; disponho - me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim de sua vida. Então cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato.

Existe uma convergência entre estas posições encontradas na literatura, no que diz respeito aos seus componentes: carinho, respeito, doação, ajuda,

amor, solidariedade, humanização, troca e empatia. Eles são essenciais para o desenvolvimento do indivíduo e da família. O cuidado é a razão existencial da enfermagem e perpassa pela valorização da vida, pela promoção da saúde, pela cidadania e dignidade (WALDOW, 1998).

Para Bustamante (2000), o entendimento das concepções contemporâneas ,da integralidade e totalidade necessitam ir além da compreensão do cuidar/cuidado da saúde, do cuidado da vida humana e de quanta vida existe no planeta. O cientificismo que ainda domina a prática do cuidar/cuidado em enfermagem, ainda não permite que os enfermeiros exercitem todas as possibilidades no seu cuidar. Nossa prática há muito tempo continua afastando o cuidar da cultura da vida e dos sentimentos do ser humano.

A visão deste cuidado reflete sentimentos de tristeza e angústia que cercam os familiares perante a hospitalização de um ente querido, indicando que a família também necessita de cuidados. A hospitalização de um familiar impõe estresse para a família determinando um desequilíbrio. Por isto, a família tem as suas necessidades bio psicossocioespirituais afetadas necessitando de uma sistematização da assistência para que seja ofertado o cuidado adequado.

É possível que a família possa ser incorporada ao processo de enfermagem, considerando-a como uma unidade do cuidado. Como a expressão da Enfermagem é feita através do cuidar, esta necessita reconhecer as individualidades pessoais daqueles com os quais está relacionada por meio do cuidado. Portanto, a família deve ser conhecida com suas características e necessidades particulares (ÂNGELO e WERNET, 2003).

Em contrapartida, ante a visão de família como um conjunto de indivíduos, pode-se afirmar que esta conduzia as ações assistenciais de maneira individualizada, fragmentada e voltada mais para a doença em si, nos moldes do paradigma biomédico (ELSEN *et al*, 1992). Essa forma de olhar a família era limitada à soma de saúde dos indivíduos que a constituíam. Frente a esta postura, o cuidado oferecido era pouco específico e terapêutico. Rocha *et al* (2002, p. 10) tecem considerações sobre a evolução do cuidado de enfermagem às famílias:

A enfermagem da família tem sido abordada nas escolas de enfermagem desde o início de nossa profissão. A princípio,

enfermeiras de saúde pública reconheceram a família como um importante fator no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, bem como na recuperação de doenças. Com o advento da teoria de sistemas adaptada aos sistemas vivos por Bertalanffy, na década de 30, e introduzida na enfermagem, em 1960, o conceito de enfermagem da família tem sido entendido com cuidado de enfermagem prestado a todo sistema ou unidade familiar.

Elsen (1994) salienta que a Enfermagem interage com a família em seu processo de viver, ser saudável e adoecer. Esta interação é uma troca de saberes, na qual ambas, a família e a Enfermagem, podem sair enriquecidas. Assim, o cotidiano da interação entre os integrantes da equipe de enfermagem e a família considerará detalhes mínimos, que vão caracterizar de uma maneira diferenciada cada momento de experiência relacionada à hospitalização de seu familiar. Interação é um termo que significa “ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais pessoas implicando em reciprocidade” (FERREIRA, 1986, p. 956).

Berlo (1999, p. 115) explica que “a interação denomina o processo de adoção recíproca de papéis, o desempenho mútuo de comportamentos empáticos”. Assim, o objetivo da interação é a fusão da pessoa e do outro, a total capacidade de antecipar, de prever e se comportar de acordo com as necessidades conjuntas da pessoa e do outro. Ela define a interação como “o ideal da comunicação, a meta da comunicação humana”. Esta última, para Marcon e Waldman (2003, p. 248), “é a base da interação, para não dizer que é a própria interação humana”.

Considerando estas posições, STEFANELLEI (1993) afirma que a comunicação é um instrumento que a equipe de enfermagem pode lançar mão para tornar mais eficaz a sua interação com o cliente - família, para perceber suas necessidades nesse momento e então, dar o apoio emocional e os esclarecimentos que necessitam.

A interação adequada permite às famílias a vivência da afetividade e compreensão, além de ajudá-las no enfrentamento desta situação buscando a melhor forma de cuidar com solicitude. Para isto, deve-se ter o cuidado de buscar, durante as orientações, uma linguagem que se aproxime da realidade sociocultural da família, a fim de promover sua compreensão e segurança. A linguagem muito técnica, quando utilizada inadvertidamente pode provocar

imagens fantasiosas em relação à patologia e à cirurgia cardíaca de seu familiar, gerando confusão e ansiedade.

A comunicação permite ao ser humano se relacionar com os demais, atuando como um intercâmbio recíproco de informações, idéias, crenças, sentimentos e atitudes entre duas pessoas ou entre um grupo de pessoas, constituindo por isto, um grupo natural, universal de interpelação e influência recíproca entre as partes de uma organização e entre esta e seu ambiente, no caso deste estudo de uma parte do hospital. É portanto, um processo dinâmico que exige adaptações contínuas por parte daqueles que estão envolvidos.

A comunicação não se dá apenas através de palavras, que apenas caracterizam uma de suas manifestações, a verbal. Existem também, a comunicação não - verbal, representada por gestos, expressão facial, postura corporal, e a comunicação paraverbal, exemplificada pelo tom de voz, ritmo das palavras, pausa. A comunicação efetiva influencia na qualidade, nossas interações com a família e permite que ela se sinta mais confiante na equipe, para externar de modo mais sincero o que pensa e o que sente. O ato de sentar em frente ao familiar, olhar nos olhos, ouvir com interesse e dedicação sobre alguém ou alguma coisa, pode transmitir-lhe confiança, permitindo o estabelecimento de vínculos emocionais e otimizando, conseqüentemente, o atendimento à família, que enfrenta esse momento de incertezas.

Apesar disto, nem toda interação é um ato positivo e satisfatório. Muitas vezes o profissional que cuida da família está despreparado para desenvolver uma comunicação terapêutica. A falta de habilidade do profissional em realizar uma comunicação de forma a ajudar a família a se comunicar, identificar e enfrentar suas dificuldades desfavorece o seu estabelecimento com o mundo que a cerca. Berlo (1999) explica que, ao estabelecermos uma comunicação com alguém, estamos tendo a intenção de influenciar, de afetar esse alguém. Queremos, na realidade, produzir uma reação. Uma comunicação clara e objetiva, demonstrando segurança, leva o familiar a confiar em seu desempenho profissional.

A prática do cuidar de famílias continua permeada de incertezas. Não são poucas as indagações que surgem quanto à especificidade da família como clientela. Ocorrem dúvidas sobre o atendimento da unidade familiar ao cuidar de um grupo e atender aos diferentes membros que compõem a família

(ELSEN *et al*, 1994). Em 1984, esta mesma autora estruturou o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Saúde da Família (GAPEFAM), pertencente ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no qual se propunha a organizar um referencial teórico–metodológico para assistir / cuidar de famílias em seu processo de viver, aplicá-lo a grupos de famílias e assistir a seus resultados. Entretanto, o saber na área da enfermagem familiar é ainda considerado incipiente, mesmo em nível Internacional.

Corroborando com esta posição, Ângelo e Wernet (2003, p. 20), em relação ao cuidado de enfermagem direcionado à família, afirmam que “na prática de enfermagem há uma discrepância entre a percepção dos enfermeiros e suas ações, sendo pouco consistente o cuidado oferecido às famílias”. Nesta mesma linha de pensamento, Atkinson (1994) faz uma crítica à falta de assistência à família, enfatizando que há uma predominância na literatura científica de pesquisas abordando a assistência à pessoa que adoece, em detrimento de trabalhos e estudos que enfatizem o atendimento aos familiares dos clientes. Cabe ressaltar que, somente há alguns anos a família passou a fazer parte efetiva do processo de cuidado da enfermagem, mas ainda não há um consenso estabelecido sobre como desenvolver esse cuidado.

Assim, vale destacar mais uma vez o valor da realização de investigações que tenham por foco o cuidado de enfermagem para famílias. Então a proposta desta pesquisa, partindo da compreensão sobre a família em geral, e em especial, a família do cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca, preenche parte da lacuna do conhecimento da Enfermagem sobre a especificidade do cuidado de enfermagem para este grupo social considerado como um dos pilares da sociedade.

3 . TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Uma escolha teórica: Etnometodologia

O processo metodológico delineia os caminhos percorridos pelo pesquisador em busca de respostas para as indagações de sua pesquisa. Assim sendo, ele traz esclarecimentos e direciona o trabalho do pesquisador em busca do alcance dos objetivos de seu estudo. Nesse sentido, disponibilizar as idéias que nortearão o desenvolvimento desta pesquisa pode trazer os esclarecimentos necessários para a compreensão dos caminhos que foram percorridos e possibilitar a participação externa mais direta através de sugestões e encaminhamentos cabíveis.

Considerando o exposto, a abordagem adotada neste estudo foi inspirada na etnometodologia, que é uma corrente sociológica construtivista americana surgida nos anos sessenta. Ela que procura compreender os fenômenos, privilegiando os aspectos qualitativos da análise do social. A etnometodologia foi criada por Harold Garfinkel com a obra “Studies in Ethnomethodology”, publicada em 1967. Garfinkel valeu-se do prefixo “ethos”, a partir do sentido de raça ou nação, etnias, tribos e grupos destacando seus costumes específicos.

Para Garfinkel (1967, p. 97), o conceito de etnometodologia implicava no “estudo do conhecimento prático que procede um membro sobre suas atividades cotidianas”. E isto compreende a forma e a reflexividade das ações do dia-a-dia. Para Coulon (1995, p. 30), a etnometodologia é definida como “o estudo dos métodos que as pessoas usam para construir e dar sentido às suas ações diárias, comunicar-se, tomar decisões e raciocinar”.

A etnometodologia é definida desde a sua origem como o estudo (logos) dos etnométodos. Para Coulon (1995), os etnométodos constituem uma lógica do senso comum. Utilizar esse termo significa compreender que esses métodos pertencem a um grupo particular, a uma organização ou instituição social. Os etnométodos são locais, particulares de um grupo e ininteligíveis logo de início para um estranho. Assim, a etnometodologia estuda os etnométodos que os atores sociais empregam no dia-a-dia, o que lhes permite

viver juntos, inclusive de forma conflituosa, e que regem as relações sociais que eles mantêm entre si.

Porto (2004), considera que a etnometodologia pode contribuir para a construção da Enfermagem como ciência *stricto sensu*, ao desvendar as práticas sociais cotidianas, ou seja, o emprego de métodos pelo grupo social para se posicionar frente à vida, ao mundo, as resoluções, decisões e encaminhamentos do dia-a-dia.

A abordagem da etnometodologia, ao ser adotada nesta pesquisa para permitir o rastreamento do cuidado de enfermagem para a família, contribui de forma efetiva para estabelecer a participação em seu contexto interacional e no compartilhamento de suas vivências. A etnometodologia permitiu acompanhar o desenvolvimento das interações dos integrantes da equipe de enfermagem com as famílias, no momento da assistência de enfermagem aos clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Essa abordagem metodológica privilegia as atividades cotidianas de um grupo constituído socialmente, ou seja, o seu mundo de conhecimentos do senso comum. O valor teórico e epistemológico dessa abordagem se prende ao fato de que, contrariando o pensamento da sociologia tradicional, repensam-se os fatos sociais como uma experiência do sujeito ou um grupo social que, em seu aspecto dinâmico de fenômeno de caráter participativo em construção possa ser abordada a partir de uma nova postura intelectual, uma nova perspectiva de pesquisa, tornando-se aplicável na área de Enfermagem (SANTORO, 2000).

Os elementos constituintes da etnometodologia adotados no estudo segundo Porto (2003) foram:

➤ A indexicalidade ou indicialidade: a indexicalidade designa os determinantes que se ligam a uma palavra ou a uma situação. Como exemplo de expressões indiciais temos: "isto", "eu", "aqui", "aquilo" possuem por si só uma não - completude natural e o seu sentido completo está associado ao contexto em que foram utilizados. Portanto, somente as pessoas presentes na situação em que as expressões acontecem podem compreender sobre os seus significados e ao que elas se referem, constituindo a linguagem cotidiana.

➤ A reflexividade: a reflexividade não deve ser confundida com reflexão, pois ela revela uma certa "inconsciência" dos membros de um grupo

sobre o caráter reflexivo de suas ações, o que não ocorre com a reflexão, muito mais racional e, portanto, consciente. Assim, a reflexividade é a equivalência entre descrever e produzir uma interação, ou entre a compreensão e a expressão dessa compreensão. Garfinkel (1967) considera este elemento como a condição primeira para a manutenção e a compreensão da ordem social.

➤ A descritibilidade (accountability): a descritibilidade compreende a descrição da realidade com a própria realidade. Mostra como as pessoas constroem a apresentação de si mesmas e se auto-organizam, de acordo com o que querem significar aos outros, à medida que falam, ou seja, o panorama da vida cotidiana. No caso deste estudo, é o significado que as famílias e os integrantes da equipe de enfermagem das unidades de internação da instituição, querem mostrar aos outros.

➤ A noção de membro e filiação - refere-se a pessoas particulares e/ou indivíduos dotados de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades. O membro é alguém que incorporou os etnométodos de um grupo social, ligados à coletividade. Neste estudo, os membros foram os membros das famílias que permaneceram como acompanhantes dos clientes que estiveram em período pré-operatório de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de enfermagem, que interagiram durante o período de coleta de dados desta pesquisa.

Face a essas considerações e de acordo com o objeto de estudo, o trabalho foi desenvolvido a partir de uma inspiração etnometodológica, pois esse tipo de abordagem é adequado aos seus propósitos, pois permitiu o enfoque no que se refere às interações entre os integrantes da equipe de enfermagem e a família. Este método é pertinente ao objeto de estudo, porque através dele foi possível vivenciar as atividades cotidianas desenvolvidas durante a realização dos cuidados de enfermagem ao cliente em período pré-operatório de cirurgia cardíaca, que evidenciou as especificidades do cuidado de enfermagem para as famílias.

A etnometodologia estuda os processos contínuos de construção social da realidade, no dia-a-dia dos atores sociais, a partir das suas interações. Ela visa descobrir os métodos que os atores sociais utilizam para interpretar e construir a realidade que os rodeia, tendo como principais focos de interesse,

as formas de entendimento de senso comum, as práticas cotidianas e as atividades que regem suas condutas em suas ações.

3.2 Natureza do estudo

O estudo foi desenvolvido com uma abordagem qualitativa fundamentada na etnometodologia. Ao considerar a família e a equipe de enfermagem como um grupo social constituído, foi possível aplicar esta abordagem sociológica para estudar a interação entre eles, pois a etnometodologia implica desvendar as práticas diárias ou as ações do dia-a-dia de um grupo social, seja uma organização ou uma instituição.

O estudo é do tipo exploratório, pois “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, aprofundando seu estudo e os limites de uma realidade específica, buscando mais conhecimento sobre o assunto pesquisado” (TRIVIÑOS, 1987, p. 108-109).

Estudos exploratórios são realizados quando uma nova área ou tópico está sendo investigado e são úteis para exploração de fenômenos pouco entendidos (POLIT e HUNGLER, 2004), o que é o caso deste estudo que explora a temática do cuidado de enfermagem para família de clientes cardiopatas, uma área pouco explorada na literatura.

A escolha da abordagem qualitativa se baseia na caracterização elaborada por Minayo (1994, p. 21-22). Ela expressa que essa abordagem é:

Empregada no nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

“Ao realizar uma busca qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o social” (Minayo, 1994, p. 102), pois esse universo de sentimentos e relações compreende também uma parte do espaço social, no qual os conceitos são construídos, transformados e criados. Este tipo de pesquisa também proporciona a compreensão dos valores sociais e as representações de determinados grupos sobre temas específicos. A importância da pesquisa qualitativa está em permitir o entendimento das

relações que ocorrem entre os atores sociais, no contexto em que elas ocorrem.

3.3 Cenário da pesquisa

O cenário escolhido para desenvolver a pesquisa foi o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, hospital de médio porte, localizado no Município do Rio de Janeiro. Ele dispõe de 203 leitos para internação, oferecendo serviços assistenciais de prevenção, investigação diagnóstica, tratamento clínico e cirúrgico e reabilitação dos clientes com doenças cardiovasculares, além de atividades de ensino e pesquisa. Recebe ainda, através do SUS, clientes de todo o país que necessitam de seus serviços, desenvolvendo como atividade principal uma abordagem de cardiologia de alta complexidade. Desenvolve também, através do sistema de residência médica e de enfermagem, a formação e o aperfeiçoamento de especialistas em cardiologia, sendo considerado como instituição de referência nesta área.

Este Instituto realiza cirurgias cardíacas em adultos e crianças, numa média de quatro cirurgias de adulto por dia e varia em torno de três a quatro cirurgias de crianças. As cirurgias cardíacas realizadas no Instituto são: revascularização do miocárdio, cirurgia das complicações mecânicas do infarto agudo do miocárdio, cirurgia valvar (aórtica, mitral, tricúspide e pulmonar), procedimentos invasivos para cardiopatias congênitas (procedimentos hemodinâmicos e cirúrgicos), cirurgias de aneurismas de aorta torácica e abdominal, cirurgias relacionadas às miocardiopatias (cardiomioplastia, ventriculectomia parcial), e das arritmias (bradiarritmias e taquiarritmias). Para o transplante cardíaco, já se encontra disponível toda a infraestrutura necessária além de pessoal habilitado para ser realizado, embora tal procedimento ainda não tenha acontecido.

O Instituto foi fundado em 1972, com o nome de Hospital das Clínicas de Laranjeiras, vinculado ao Instituto Nacional da Previdência Social. Em abril de 1973, este foi transferido para o prédio no qual funciona atualmente, com a designação de Hospital de Cardiologia de Laranjeiras. Com base no nível de excelência dos serviços prestados, esta unidade hospitalar se tornou em 2000, o Centro de Referência do Ministério de Saúde para realização de treinamento,

pesquisa e políticas de saúde. Em maio de 2001, tornou-se Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde. Justifica-se a escolha deste cenário para a realização da pesquisa pela disponibilidade da clientela em pré-operatório em número suficiente para o desenvolvimento deste estudo, acompanhados por um expressivo número de familiares.

Assim, a pesquisa foi desenvolvida nas unidades de internação do sétimo, oitavo e nono andares, como andares específicos para a internação de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca eletiva.

O critério de escolha destes locais ocorreu pelo fato de alguns familiares permanecerem como acompanhantes dos clientes, o que facilitou o acompanhamento da interação entre a família e a equipe de enfermagem.

Para os clientes adultos as unidades de internação são separadas por determinadas patologias cardíacas. A unidade de internação do sétimo andar tem 21 leitos e é destinada aos clientes miocardiopatas e coronariopatas. As enfermarias 701 a 712 são destinadas aos clientes miocardiopatas. Nas enfermarias 713 a 719 são internados clientes coronariopatas. E os leitos 720 e 721 são destinados aos clientes que necessitam de hemodinâmica, mais especificamente, clientes que serão submetidos ao cateterismo cardíaco, a angioplastia, e valvuloplastia. Nesta unidade de internação, dois leitos são destinados aos projetos nacionais de pesquisas com células - tronco. As paredes nesta unidade de internação estão pintadas com a cor azul claro e o piso é de cor bege. A unidade de internação do oitavo andar tem 26 leitos, que são destinados aos clientes com comprometimento orovalvar e arritmias. As enfermarias 801 a 826 são destinadas aos clientes portadores de doenças orovalvar. E as enfermarias 827 a 829 acomodam os clientes com arritmias. Nesta unidade de internação as paredes recebem uma pintura na cor de rosa claro e o piso é de cor bege. A unidade de internação do nono andar possui 29 leitos, todos eles destinados aos clientes portadores de coronariopatias. Nesta unidade de internação as paredes recebem uma pintura na cor verde claro e o piso é de cor bege.

A descrição dos demais elementos da planta física, além das enfermarias é comum aos três andares, sétimo, oitavo e nono, quanto à disposição dos cômodos e aos mobiliários e materiais. Os postos de

enfermagem são compostos por: duas pias; armários que são destinados a guardar os materiais como: seringas, agulhas, cateteres, medicações; geladeira destinada aos medicamentos; painel de campainhas localizadas nas enfermarias; destinadas a cada quarto, carro de parada cardiorrespiratória; cadeira de rodas; balança antropométrica; carrinho para transporte de medicamentos, com divisórias destinadas aos leitos para medicação diária; um computador; um banheiro; uma televisão; sala da secretária; copa; e quadro de avisos, no qual fica afixado o mapa de cirurgia e os pedidos de exames da clientela.

O ambiente é amplo e possui ventilação e iluminação artificial e natural adequadas. O posto de enfermagem é separado do corredor da enfermaria por um vidro, tipo aquário. Sua porta é na cor cinza do tipo sanfonada. Ao lado do posto de enfermagem, há uma sala do serviço social, em seguida a uma sala destinada aos prontuários dos clientes, que também é utilizada pelos médicos quando realizam a discussão dos casos dos clientes.

As acomodações das enfermarias para qualquer das unidades de internação são organizadas para conter dois quartos, que são separados por um banheiro comum a ambos. Cada quarto possui duas janelas, uma saída para oxigênio e aspiração, uma campainha para solicitar a equipe de enfermagem, uma cama hospitalar, um sofá-cama destinado ao repouso do acompanhante, um armário de duas portas destinado a guardar pertences, uma mesa para o cliente realizar as refeições, uma cadeira, uma porta com feixo tipo corrente, ventilação natural e artificial (ar condicionado).

Os critérios necessários para que os clientes possam estar acompanhados pela família estão relacionados, a saber: clientes adolescentes e adultos, a partir de sessenta anos¹, e deficientes físicos (concessão por lei), e que necessitam fisicamente ou emocionalmente da presença de um acompanhante. Mas, para qualquer cliente é permitida a presença de um acompanhante. para pernoitar na véspera da cirurgia e após a cirurgia cardíaca, pela dependência física que ela acarreta. No dia porém, em que ocorre a cirurgia cardíaca, é permitida a presença de três acompanhantes na instituição.

¹ Portaria nº 280 de 7 de abril de 1999 que autoriza a presença de acompanhantes para pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, através de resolução no art.1º

3.4 Atores sociais da pesquisa

- **Famíliares**

Na sociedade atual, a família pode ser compreendida de diversas formas e com uma composição bem variada. Tomando como referência essa circunstância, com o propósito de orientar o estudo, optou-se por trabalhar com os acompanhantes que os clientes consideraram como familiares que os estiveram acompanhando no momento da hospitalização. Esta posição está pautada na definição de Elsen (1994), para a família, para quem a mesma possui um conceito amplo que varia desde laços consangüíneos até relação afetiva, como ligações consideradas familiares.

O critério de participação dos familiares da pesquisa esteve relacionado com o fato delas permanecerem na instituição como acompanhantes, durante a hospitalização do cliente. Para caracterização das famílias foi aplicado um formulário com a finalidade de identificação pessoal e familiar. Participou da pesquisa um total de quinze familiares.

A autorização para que os familiares permaneçam na instituição como acompanhantes é avaliada pela assistente social. Para cada unidade de internação há uma assistente social responsável, presente de 2^{as}. a 6^{as} feira, no horário de 07 às 18 horas. Na ausência do serviço social, quem tem a responsabilidade de avaliar a necessidade da permanência do acompanhante é a enfermeira supervisora que, posteriormente encaminha a situação para o serviço social.

Além da concessão permitida na lei para os acompanhantes de clientes maiores de sessenta anos, existem algumas peculiaridades na Instituição. Apesar de não ser assegurado pela portaria, todo cliente em período pré-operatório na instituição tem direito a ter um acompanhante na véspera de sua cirurgia, e segundo o serviço social este fato está pautado na complexidade da cirurgia cardíaca a qual esta e outras concessões estão relacionadas com a variável.

A necessidade da presença do acompanhante é avaliada pelo serviço social de acordo com as necessidades físicas, e as reações emocionais do cliente para os clientes que não têm este direito assegurado. A permanência do

acompanhante é solicitada através da própria verbalização do cliente solicitando a presença do familiar, e através de reações emocionais como: choro, depressão, ansiedade, entre outras.

Ao ser concedida a autorização para o acompanhante, é fornecido um documento pelo serviço social, com a identificação e as normas e rotinas para os acompanhantes. Este documento é necessário para viabilizar a entrada dos acompanhantes na instituição, o mesmo deve ser revalidado, de acordo com o prazo estabelecido pelo serviço social, sendo desnecessário revalidá-lo nos casos em que a presença do acompanhante é respaldada por lei. É fornecido também, um documento que autoriza o acompanhante a realizar quatro refeições no Instituto: desjejum, almoço, lanche e jantar. As refeições são realizadas no refeitório da Instituição. Para o repouso do acompanhante, as roupas de cama são trazidas por eles de sua casa.

O horário de visita nas unidades de internação é de 15 às 20 horas, todos os dias, sendo permitida a entrada de cinco visitantes para cada cliente. Nos finais de semana é permitida a entrada de crianças nos últimos trinta minutos antes do término da visita. Conforme o serviço social, o tempo prolongado de visita, tem o objetivo de humanizar a assistência, porque a própria Instituição considera que este cliente será submetido a uma intervenção de alta complexidade. Para os familiares que têm dificuldade em visitar o cliente no horário estabelecido, o serviço social avalia os casos. Dependendo das justificativas, autoriza a visita em caráter excepcional, fora do horário habitual. No dia da cirurgia, três acompanhantes por cliente tem acesso livre ao hospital sendo desnecessário obter autorização prévia do serviço social.

- **Integrantes da equipe de enfermagem**

Os atores sociais da pesquisa também se constituíram dos integrantes da equipe de enfermagem das unidades de internação em questão. Visto que a equipe de enfermagem desta Instituição é constituída, além de enfermeiros - staff, residentes, técnicos e auxiliares de enfermagem, também foi concedida a participação dos graduandos de enfermagem e estagiários técnicos de enfermagem, considerando que os mesmos também participaram da assistência de enfermagem.

A equipe de enfermagem de todos os andares do plantão diurno é composta por: uma enfermeira, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, um residente de enfermagem, um estagiário de técnico de enfermagem e um graduando de enfermagem. E dependendo da necessidade, um funcionário técnico ou auxiliar complementa a escala. No período da tarde, a enfermeira supervisora plantonista é responsável pelas unidades de internação. A equipe de enfermagem do plantão noturno é composta por: uma enfermeira supervisora, que é responsável por todo hospital, e dois auxiliares ou técnicos de enfermagem por andar.

Nesta instituição, o vínculo empregatício dos funcionários é variável. Os funcionários podem ser Ministério da Saúde, da Secretária de Saúde do Estado e da Fundação Pró - Coração (Fundacor). As enfermeiras que apresentam vínculo empregatício com o Ministério da Saúde ou a Secretaria de Saúde do Estado são diaristas, e o seu horário de trabalho é de 07 às 13 horas. A enfermeira com vínculo empregatício pela Fundacor é diarista e exerce suas funções no horário 07 às 16 horas. Além das enfermeiras existe um enfermeiro supervisor responsável pelas unidades de internação, que tem vínculo empregatício com o Ministério da Saúde. Para cobertura do horário da tarde até a passagem de plantão para o serviço noturno, às 19 horas existe a cobertura de uma enfermeira no horário de 13 às 19h, com vínculo empregatício pelo Ministério da Saúde.

Os funcionários auxiliares e técnicos de enfermagem que apresentam um vínculo empregatício com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado trabalham no sistema de escala de plantão de 12 por 60 horas. E os funcionários que tem vínculo com a Fundacor trabalham com o sistema de escala de plantão 12 por 60 horas com três complementações da carga horária por mês, com plantão de 12 horas. Os residentes de enfermagem são pós-graduandos da Universidade do Rio de Janeiro desenvolvendo suas atividades práticas no horário de 7 às 17 horas, no período de 2^{as}. a 6^{as}. feira com direito a uma folga semanal. Os graduandos de enfermagem desenvolvem suas atividades três vezes por semana, no horário de 07 às 17 horas. Os estagiários dos cursos de técnico de enfermagem atuam nestas unidades no horário de 7 às 17 horas, numa escala de plantão de 12 por 60 horas. No total, 15

integrantes da equipe de equipe de enfermagem participaram como atores sociais do estudo.

O número de atores sociais da pesquisa foi determinado pela saturação dos dados. No momento em que o pesquisador percebeu que não havia mais dados a apreender pela coleta de dados e que as categorias empíricas apresentavam uma saturação de conteúdo, a etapa de coleta de dados foi encerrada. Essa decisão foi baseada em Minayo (1994, p. 102), quando considera que: “o número é suficiente quando permite uma certa reincidência de informações, porém, não despreza as informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta”.

- **Caracterização dos atores sociais da pesquisa**

A finalidade desta caracterização foi a de traçar o perfil dos atores sociais da pesquisa. O grupo dos atores sociais da pesquisa foi composto pela equipe de enfermagem, familiares dos clientes hospitalizados e os clientes adultos em período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Os clientes aparecem de maneira tangencial no estudo, pois a especificidade do cuidado de enfermagem para a família foi analisada durante as interações sociais entre os integrantes da equipe de enfermagem e famílias, que ocorreram no âmbito da realização dos cuidados de enfermagem junto aos clientes.

A caracterização dos atores sociais foi realizada através dos dados apresentados nos quadros a seguir.

Quadro 1. Distribuição dos atores sociais da pesquisa. Rio de Janeiro, 2005.

ATORES SOCIAIS	f	%
Familiares	15	36,59
Integrantes da equipe de Enfermagem	15	36,59
Clientes	11	26,82
Total	41	100,00

O quadro 1 mostra a distribuição da casuística de acordo com os participantes da pesquisa. Pode-se observar que 15 (36,59%) atores sociais foram familiares, sendo o mesmo percentual 15 (36,59%) encontrado para os integrantes da equipe de enfermagem participaram do estudo. Ainda houve 11 (26,82%) clientes envolvidos nas situações de cuidado observadas.

Quadro 2. Distribuição dos familiares, segundo idade e sexo. Rio de Janeiro, 2005.

SEXO IDADE (anos)	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
22 - 32	01	6,67	01	6,67	02	13,33
33 - 42	04	26,67	01	6,67	05	33,33
43 - 52	05	33,33	-	-	05	33,33
53 - 62	-	-	01	6,67	01	6,67
63 - 72	02	13,33	-	-	02	13,33
TOTAL	12	80,00	03	20,00	15	100,00

Quando analisada a distribuição dos familiares relacionando com a idade e o sexo, pode-se observar que o maior número dos familiares (12) foi do sexo feminino, com idade entre 43 e 52 anos (5-33,33%), entre 33 e 42 anos (4-26,67%), entre 63 e 72 (2-13,33%), entre 22 e 32 (1-6,67%).

Os familiares acompanhantes do sexo masculino foram apenas três (1-6,67% de 22 a 32 anos; 1-6,67% de 33 a 42 anos; e 1-6,67% de 53 a 62 anos). Torna-se claro então que não houve homogeneidade na distribuição de sexo dos atores sociais - familiares (12 mulheres e 3 homens). Além da possível dificuldade maior de disponibilidade de horários para homens acompanharem seus familiares-clientes, é provável considerar que as mulheres possam ter se mobilizado mais para fazer este acompanhamento, tendo em vista sua facilidade de expressão de sentimentos e reservas de afetividade.

Quadro 3: Distribuição dos familiares, segundo grau de parentesco. Rio de Janeiro, 2005.

GRAU DE PARENTESCO	f	%
Mãe	03	20,00
Irmã	02	13,33
Filho	01	6,67
Filha	03	20,00
Esposa	04	26,67
Esposo	02	13,33
TOTAL	15	100,00

O grau de parentesco dos familiares que acompanham seus familiares é mostrado na tabela 3. Observa-se neste caso, que tanto pai como irmão não acompanharam seus familiares durante a hospitalização. A maior participação correspondeu à das esposas com 26,67% (4). A seguir a participação de filha e mãe equivaleram a 20% cada uma. Irmã e esposa representaram respectivamente 13,33% da amostra. Para cada uma apenas 1 filho (6,67) assistiu o seu familiar.

Este quadro amplia e ancora de forma mais efetiva a análise realizada no quadro anterior, uma vez que tanto a participação de esposas e esposos foi a maior de cada sexo (4-26,67% e 2-13,33% respectivamente), apesar de terem um grau de parentesco adquirido. As mães (3-20,00%), as filhas (3-20,00%) e as irmãs (2-13,33%) apresentaram um grau de parentesco muito próximo dos clientes que acompanhavam (8-53,33%), num total de mais de 50% dos atores sociais do estudo (8-53,33%). A mobilização mais intensa das mulheres para acompanhar seus familiares hospitalizados encontra ressonância nos laços parentais e afetivos muito próximos e significativos

Quadro4: Distribuição dos familiares,segundo o nível de escolaridade.Rio deJaneiro2005

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	f	%
Nível Fundamental	05	33,33
Nível Médio	07	46,67
Nível Superior	03	20,00
TOTAL	15	100,00

A distribuição dos familiares segundo o nível de escolaridade é descrito no quadro 4. Ela mostra que a grande maioria dos familiares (46,67%) possui nível de ensino médio, enquanto que cinco familiares(33,33%) apresentam nível fundamental e três familiares (20,00%) apresentam nível superior. É importante destacar que existe uma maior aproximação entre os percentuais relativos aos familiares que apresentam escolaridade de ensino fundamental e superior, do que entre os percentuais destes níveis de escolaridade e o do ensino médio.

Somando-se os percentuais de escolaridade em nível médio (46,67) e nível superior (20,00%) chega-se a 66,67%, mais do que a metade dos atores sociais. Este valor envia para um grupo de acompanhantes que apresenta maior possibilidade de compreensão das abordagens relativas a doenças de seu familiar. Por outro lado, pode-se refletir que a maior capacidade de compreender quase ou nada influencia sobre as manifestações emocionais/psicológicas desses atores sociais, em decorrência de seu desequilíbrio afetivo causado pela situação de seu familiar, patológica e cirúrgica.

Quadro 5: Distribuição dos familiares, segundo domicílio no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

BAIRROS	f	%
Méier - RJ	02	13,33
Rio Comprido - RJ	02	13,33
Tijuca - RJ	02	13,33
Duque de Caxias	01	6,66
Cabo Frio	01	6,66
Cascadura - RJ	01	6,66
Itaguaí	01	6,66
Leblon - RJ	01	6,66
Nova Iguaçu	01	6,66
Penha - RJ	01	6,66
Rocha Miranda - RJ	01	6,66
Valença	01	6,66
Total	15	100,00

A distribuição dos familiares segundo a localização residencial no Estado do Rio de Janeiro é mostrada no quadro 5 e aparentemente, mostra-se com distribuição uniforme. Entretanto, a maioria dos familiares (7- 46,62%) reside na Cidade do Rio de Janeiro, procedentes de seus vários bairros. A localização mais próxima do Instituto representa um total de 39,99% (Méier, Rio Comprido e Tijuca). Outras cidades de origem dos familiares são próximas à cidade do Rio de Janeiro, tais como: Duque de Caxias, Cabo Frio, Itaguaí, Nova Iguaçu e Valença, representando um total de 33,30%. Pode-se ressaltar que estes percentuais são próximos havendo uma ligeira predominância do Rio de Janeiro na origem dos familiares do Rio de Janeiro. A caracterização do cenário de estudo destaca que o Instituto Nacional de Cardiologia atende a demanda de clientela de todo o Brasil. Entretanto, em relação aos atores sociais deste estudo sua origem pertence ao Estado do Rio de Janeiro, com predominância de sua capital.

Quadro 6: Distribuição dos familiares segundo a renda mensal. Rio de Janeiro, 2005.

RENDA FAMILIAR MENSAL EM REAIS	f	%
500,00 - 1000,00	06	40,00
1001,00 - 1500,00	05	33,33
1501,00 - 2000,00	04	26,67
TOTAL	15	100,00

O quadro 6 mostra a distribuição dos familiares segundo sua renda mensal. Em relação à análise dessa variável, pode-se observar que inexistem diferenças significativas entre os grupos, embora a maioria dos familiares (6) apresenta uma renda mensal entre 500,00 e 1000,00 reais. Valores percentuais próximos, embora menores, foram também encontrados em relação aos outros cinco familiares (33,33%), com salários entre 1001,00 a 1500,00 reais. E quatro familiares declararam receber entre 1501,00 a 2000,00 (26,67 %). Estes dados acompanham a distribuição de renda da população brasileira, ou seja, quanto maior a renda, menor o número de pessoas beneficiadas. O maior ineditismo encontrado foi relacionado ao fato de que as freqüências entre os intervalos de renda mensal se apresentam muito próximas, o que diverge da população em geral. Nesta, o maior número de pessoas apresenta renda mensal entre um e dois salários mínimos (R \$ 300,00 e R \$ 600,00 respectivamente).

Quadro 7. Distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo idade e sexo. Rio de Janeiro, 2005.

SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
20 - 25	02	13,33	04	26,67	06	40,00
26 - 30	-	-	02	13,33	02	13,33
31 - 35	-	-	01	6,67	01	6,67
36 - 40	-	-	01	6,67	01	6,67
40 - 45	-	-	05	33,33	05	33,33
TOTAL	02	13,33	13	86,67	15	100,00

O quadro 7 mostra a distribuição dos profissionais de Enfermagem segundo seu sexo e sua idade. A maioria dos profissionais (86,67%) pertencia ao sexo feminino. A maioria (73,33%), apresentou a idade entre 40 a 45 anos (33,33%) e entre 20 a 25 anos (40,00%). A porcentagem de homens foi de 13,33% e estes apresentaram idade entre 20 a 25 anos.

Em termos de sexo, esta tabela acompanha a distribuição de sexos na Enfermagem. Por ser uma profissão tipicamente feminina, seu maior contingente feminino é formado de mulheres, independente do tipo de posição que ocupam na equipe na equipe de enfermagem (enfermeira, técnica ou auxiliar de enfermagem).

Em relação à idade, mais da metade dos integrantes da equipe (53,33%) pode ser considerado como pertencente a uma faixa etária mais produtiva (20 a 30 anos), embora os que estejam acima de 30 anos apresentem um percentual bastante próximo (46,67%).

Quadro 8. Distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo sua função. Rio de Janeiro, 2005.

EQUIPE DE ENFERMAGEM	f	%
Enfermeira	01	6,67
Residente de enfermagem	02	13,33
Técnica de enfermagem	09	60,00
Auxiliar de enfermagem	02	13,33
Graduanda de enfermagem	01	6,67
TOTAL	15	100,00

A distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem quanto à função hierárquica é mostrada no quadro 8. Fazem parte de equipe de enfermagem, uma enfermeira (6,66%), dois residentes, (13,33%), nove técnicas de enfermagem (60,00%), duas auxiliares de enfermagem (13,33%) e uma graduanda de enfermagem (6,66%).

Vale destacar que a maioria dos integrantes da equipe (enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem -79,99%), apresenta uma permanência maior nos cenários da assistência. Apenas 19,99% dos integrantes da equipe apresentam uma permanência de natureza temporária (residentes e graduanda de enfermagem). Considerando-se a necessidade de continuidade no acompanhamento e cuidado da clientela durante o seu período de hospitalização, estes dados apresentam coerência.

Quadro 9. Distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo o vínculo empregatício. Rio de Janeiro, 2005.

TIPO DE VÍNCULO	f	%
Ministério da Saúde	04	26,67
Estatutário	01	6,67
Fundacor	05	33,33
Estágio	05	33,33
TOTAL	15	100,00

O quadro 9 mostra a distribuição dos integrantes da equipe de enfermagem, segundo o vínculo empregatício com o Instituto. Cinco deles (33,33%) pertencem a Fundacor, sendo este percentual igual ao dos estagiários (5-33,33%), sendo dois residentes de enfermagem, uma graduanda e dois técnicos de enfermagem. Do total, dos demais integrantes quatro funcionários (26,67%) pertencem ao Ministério da Saúde e um funcionário (6,67%) é estatutário. Entretanto, quando se considera a permanência destes integrantes na instituição verifica-se que dez deles (66,67%) apresentam um vínculo mais estável (Ministério da Saúde, estatutário e Fundacor), enquanto que cinco deles (33,33%) têm um vínculo temporário.

Apesar dos clientes não serem atores sociais privilegiados desta pesquisa, sua idade, sexo e tipo de cirurgia proposta foram considerados dados relevantes para justificar a necessidade de acompanhamento de seus familiares. Assim, a seguir são apresentados os dados já referidos.

Quadro 10. Distribuição dos clientes, segundo idade e sexo. Rio de Janeiro, 2005.

SEXO IDADE (ANOS)	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
15 - 20	02	18,15	-	-	02	18,15
21 - 25	01	09,10	-	-	01	9,10
26 - 30	-	-	-	-	-	-
31 - 35	-	-	-	-	-	-
36 - 40	01	09,10	-	-	01	9,10
41 - 45	-	-	-	-	-	-
46 - 50	01	09,10	02	18,15	03	27,25
51 - 55	01	09,10	01	09,10	02	18,20
56 - 60	-	-	-	-	-	-
61 - 65	-	-	-	-	-	-
66 - 70	-	-	-	-	-	-
71 - 75	-	-	-	-	-	-
76 - 80	01	09,10	01	09,10	02	18,20
TOTAL	07	63,65	04	36,35	11	100,00

A distribuição dos clientes de acordo com o sexo e a idade é mostrada no quadro 10. Em relação ao sexo pode-se observar que o maior número de clientes pertence ao sexo feminino (07-63,65%), sendo quatro clientes (36,35%) do sexo masculino. Entre as mulheres a idade variou entre 15 e 80 anos sendo que sua maior variação incidiu também entre os clientes do sexo feminino (de 15 a 80 anos). Nos homens, a faixa etária variou de 46 a 80 anos. A maioria dos clientes (06-54,54%) tinha entre 36 a 55 anos, o que confirma a faixa de incidência de doenças cardíacas. Quando se considera o sexo dos clientes em relação aos motivos da internação, verifica-se que as mulheres superam os homens, o que contraria a epidemiologia das doenças cardíacas. Entretanto, duas clientes foram internadas por problemas cardíacos congênitos (atrioseptoplastia e correção da comunicação interventricular), que são situações de exceção, fora das maiores incidências.

Dos 11 clientes apenas 2 possuem o amparo legal para acompanhante (idosos), e a maioria não possuem o amparo concedido pela lei, mas mesmo assim receberam autorização do Instituto para terem acompanhamento de seus familiares.

Quadro 11. Distribuição dos clientes, segundo a cirurgia cardíaca proposta e sexo. Rio de Janeiro, 2005.

SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%
CIRURGIA PROPOSTA						
Revascularização do miocárdio	02	18,18	04	36,36	06	54,54
Atrioseptoplastia	01	09,09	-	-	01	9,09
Troca de válvula Mitral	03	27,28	-	-	03	27,28
Correção de comunicação interventricular	01	09,09	-	-	01	9,09
TOTAL	07	63,64	04	36,36	11	100,00

A distribuição da cirurgia cardíaca proposta em relação ao sexo é mostrada no quadro 11. Dentre as onze cirurgias cardíacas planejadas, sete seriam realizadas em clientes do sexo feminino e quatro em clientes do sexo masculino, sendo que seis delas eram de revascularização do miocárdio, três de válvula mitral, uma cirurgia de atrioseptoplastia e uma de correção de comunicação interventricular.

Considerando-se a distribuição do tipo de cirurgias pelo sexo dos clientes foi observado, para os homens, que todas eram cirurgias de revascularização do miocárdio (04-36,36%). Para as mulheres houve uma distribuição mais homogênea sendo de revascularização do miocárdio (02-18,18%), cirurgias de troca de válvula mitral (03-27,28%), atrioseptoplastia (01-09,09%), correção de comunicação interventricular (01-09,09%).

A cirurgia de revascularização do miocárdio foi predominante no sexo masculino, e dos quatro clientes três realizariam cirurgia antes dos sessenta anos, o que torna evidente a tendência atual do aparecimento de eventos cardíacos antes dos sessenta anos. O fato do número deste tipo de cirurgia ter sido maior nos homens pode estar relacionado com a ausência de fator de proteção hormonal existente para o sexo feminino (estrogênio).

Esta afirmativa esta pautada em Brunner e Suddart (2002), quando explicam que um dos fatores de risco para as doenças cardíacas está relacionada com o sexo, pois a cardiopatia ocorre três vezes mais em homens que em mulheres na fase de pré-menopausa.

Considerando-se o sexo feminino, apenas duas mulheres realizaram a cirurgia de revascularização do miocárdio. Nesta faixa etária (55 e 72 aos), elas

já não possuem mais a proteção hormonal conferida pelo estrogênio, pois estão no período pós-menopausa, o que contribui para a ocorrência de eventos cardíacos, como o infarto agudo do miocárdio.

Outros fatos relevantes são as doenças congênitas tais como comunicação interatrial e intraventricular. Em geral, estas doenças são tratadas na infância sendo incomum o tratamento cirúrgico na adolescência. A família da cliente a ser submetida à correção de comunicação intraventricular tinha conhecimento da situação, desde sua infância. No entanto, houve resistência em submetê-la a cirurgia pois, segundo a mãe, havia certo receio em decorrência de se tratar de uma cirurgia cardíaca. A outra cliente, por sua vez seria submetida a atrioseptoplastia e obteve conhecimento acerca da patologia somente aos dezenove anos.

Nas três cirurgias de troca de válvula mitral, os clientes tiveram febre reumática na infância. Apesar dos clientes do estudo que se submeteriam a esta cirurgia serem do sexo feminino, seus fatores não estavam relacionados como o sexo. A febre reumática é uma patologia decorrente das infecções recorrentes de amigdalite, sendo comum na infância e causando a estenose desta válvula, que também pode ocorrer por endocardite bacteriana ou calcificação.

Do ponto de vista técnico, a cirurgia de revascularização do miocárdio ou ponte de safena visa transpor a obstrução coronariana a partir da anastomose da extremidade venosa/mamária à aorta (anastomose proximal) e a outra extremidade à artéria coronariana, logo após a lesão obstrutiva (anastomose distal). A atrioseptoplastia é a cirurgia realizada para fechar a abertura anormal entre os átrios. A correção da comunicação interventricular é considerada a cirurgia indicada para fechar a abertura anormal que há entre os ventrículos direito e esquerdo. É considerada a mais comum das doenças cardíacas congênitas. A cirurgia de troca de válvula mitral tem como objetivo a substituição da válvula por válvulas protéticas: para a mecânica, é necessário uma anticoagulação a longo prazo e para a biológica, que possui pouca durabilidade a longo prazo, pode não ser necessária a anticoagulação (LEITE, *et al*, 2004).

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Para realizar a coleta de dados, o projeto de pesquisa já aprovado no âmbito do Programa de Pós-Graduação da EEAN, foi encaminhado juntamente com uma solicitação de autorização para a realização da pesquisa à Direção do Instituto (anexo nº 1), uma solicitação para aprovação do mesmo no Comitê de Ética da Instituição (anexo nº 2) e a resposta institucional (anexo nº 3).

Este encaminhamento está baseado nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº196/96), que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro princípios básicos da bioética, ou seja, autonomia, não - maleficência, beneficência e justiça, que estão sendo adotados neste estudo.

Sendo assim, foi solicitada a participação dos atores sociais na pesquisa mediante a leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo nº 4). Através deste termo, os atores sociais foram esclarecidos quanto aos seguintes aspectos referentes à pesquisa: a justificativa, os objetivos, os benefícios esperados, e os possíveis desconfortos.

Para as famílias e os integrantes da equipe de enfermagem o possível desconforto esteve relacionado ao tempo da entrevista, que foi em média de 25 minutos. As famílias e a equipe de enfermagem foram orientadas a se reservarem o direito de participar ou não desta pesquisa e ainda, de retirar sua permissão durante qualquer etapa de seu desenvolvimento, sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização.

As famílias foram tranquilizadas quanto ao fato de que seus familiares não sofreriam quaisquer interferências na assistência de enfermagem que vinham recebendo ou até mesmo no agendamento de suas cirurgias, caso viessem a recusar ou desistir de sua participação na pesquisa. A equipe de enfermagem foi esclarecida de que o objetivo da observação não era culpa-la e nem constrangê-la, durante o desenvolvimento da assistência de enfermagem.

Foi assegurado o anonimato a todos os participantes da pesquisa, pois os mesmos atribuíram nomes fictícios para identificação, tal como é preconizado nas normas éticas das pesquisas que envolvem seres humanos.

Assim, depois de esclarecidos, os participantes, tanto familiares como os integrantes da equipe de enfermagem deram sua autorização para a participação voluntária nesta pesquisa, assinando o TCLE.

- **Entrada no campo de pesquisa**

A entrada no campo constituiu da aproximação do pesquisador à realidade social do cotidiano dos atores sociais, nas unidades de internação da instituição hospitalar em questão. Neste sentido, foram estabelecidos alguns princípios para viabilizar a pesquisa, relativos ao posicionamento da pesquisadora em relação aos atores sociais. Para Minayo (2004, p. 105), a definição de campo de pesquisa é:

(...) o recorte espacial que corresponde à abrangência, e, termos empíricos, o recorte teórico correspondente ao objeto da investigação (...) e constitui uma etapa essencial da pesquisa qualitativa que a rigor não poderia ser pensada sem ele.

Em relação à entrada do pesquisador no campo, Cicourel (1975, p. 88), considera que: “é oportuno o pesquisador estabelecer o contato inicial, e que inexistente uma receita para a entrada correta numa nova comunidade.”

O contato prévio com a Instituição para solicitar autorizações para entrada no campo, com o objetivo de realizar a pesquisa, esteve de acordo com Cicourel (1975), que refere ser esta solicitação necessária antes de estabelecer contato com os atores sociais. De nada adiantaria ser aceito pelos “nativos” (participantes) e logo depois, ser impedido pelas autoridades da instituição.

Foi estabelecido um contato com os atores sociais, buscando interagir informalmente, com a finalidade de conhecer as atividades cotidianas dos mesmos, em relação ao cenário estabelecido nesta pesquisa. Com o objetivo de promover a aceitação da pesquisadora pelo grupo, os atores sociais foram esclarecidos quanto ao fato de que não sofreriam danos participando da pesquisa, o que lhes permitiu conhecer os objetivos do pesquisador, tornando mais fácil sua aceitação para participarem da pesquisa. Não encontrei dificuldades quanto à aceitação dos integrantes da equipe de enfermagem, por conhecer a maioria dos funcionários destes setores. A escolha desta instituição

para cenário do estudo, onde são desenvolvidas as atividades práticas da residência de enfermagem, colaborou efetivamente para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao estabelecer contato com os atores sociais, o pesquisador necessita revestir-se de cuidados teórico - práticos que podem fazer avançar ou também prejudicar o conhecimento da realidade proposta (MINAYO, 2004). Quanto ao fato de ser aceito pelos atores sociais, para que a pesquisa possa ser realizada, Ciccourel (1975, p. 90) considera “que uma pessoa torna-se aceita como observador participante devido em maior proporção ao tipo de pessoa que revela ser aos olhos dos seus contatos no campo, do que aquilo que a pesquisa representa para ela”. O pesquisador deve ter uma postura que permita dar conta do significado dos atos dos atores sociais mantendo uma atitude que não interfira em relação ao ator e a cena de ação.

Para Minayo (2004, p. 113), “ a interação entre atores sociais e pesquisador é uma situação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador.” Portanto, para atender a estes aspectos como pesquisadora não interferia nas situações ocorridas no cotidiano dos atores sociais, ou seja, nas interações sociais entre as famílias e a equipe de enfermagem durante a realização dos cuidados de enfermagem com os clientes. Dessa forma, pude atender aos objetivos da pesquisa e não interferir nos resultados.

3.6 Instrumentos para coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a produção de dados de uma pesquisa qualitativa com cunho etnometodológico são os mesmos utilizados na Sociologia qualitativa (Coulon, 1995). Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados a observação participante, com registro em diário de campo (anexo nº5 e 5A), e a entrevista livre ou não - estruturada. Ela foi desenvolvida após a observação participante, para aprofundar as questões que não ficaram claras durante as observações. Esta entrevista foi denominada entrevista situacional, que implica sua vinculação a situações de cuidado observadas. Foi aplicado um formulário para caracterização pessoal e familiar dos atores

sociais, familiares e clientes (anexos nº 6). Para a caracterização dos atores sociais da equipe de enfermagem foi aplicado um questionário (anexo nº 7).

A observação participante, conforme mostram Polit e Hungler (1995, p. 177), “permite a obtenção de muitas espécies de informações, necessárias aos pesquisadores de enfermagem, ou como indicações de aperfeiçoamento das práticas de enfermagem”. A utilização desse tipo de instrumento permitiu compreender o fenômeno estudado ao proporcionar a participação da pesquisadora nas experiências diárias dessas famílias durante sua interação com os integrantes da equipe de enfermagem, nas unidades de internação. Para desenvolver a observação participante foram realizados registros descritivos, nos quais foi possível evidenciar detalhes relevantes para a pesquisa. Além de poder compreender o processo de interação da equipe de enfermagem com os familiares observando seu cotidiano, houve a compreensão de seus discursos e silêncios. Esses registros puderam salientar as manifestações de pensamentos, dificuldades, valores e emoções.

A observação participante é uma etapa fundamental do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Ela permite realizar observações muito próximas, a partir de uma integração da pesquisa com os atores sociais, no cenário em que se pretende estudar o objeto a ser investigado. Isso possibilita fazer uma coleta de informações que tem por natureza os dados subjetivos. Portanto, foi possível identificar o que faziam os atores sociais, na manifestação visível de suas ações neste cenário. Confirmando esta posição, Minayo (1992) afirma que esta participação tende a ser a mais profunda possível, pela observação informal e pela vivência de acontecimentos considerados importantes pelos entrevistados, no acompanhamento de suas rotinas diárias.

Para que essa observação fosse registrada, foi utilizado um diário de campo no qual foram feitas anotações de caráter descritivo (descrição dos atores sociais em locais, eventos e situações de cuidado observadas). Foram realizadas também anotações de caráter reflexivo, ou seja, minhas próprias avaliações da pesquisadora sobre as situações observadas. Os aspectos relativos à descrição do espaço físico, à expressão facial e corporal, aos toques, gestos, à territorialidade e à comunicação (verbal, não - verbal e

paraverbal) foram considerados para a realização assistemática dos registros no diário de campo.

A observação participante foi realizada entre os dias 10/07/2005 a 19/08/2005 diariamente no horário de 07 às 19 horas, compreendendo um total de 50 horas de observação. A escolha preferencial pelo período da manhã e tarde foi justificou pelas circunstâncias que envolviam a realização majoritária dos procedimentos técnicos inerentes ao período pré-operatório mediato e imediato com os clientes. A cirurgia cardíaca realizada no Instituto acontece no período da manhã e da tarde tornando possível a observação da interação entre a equipe de enfermagem e a família, no âmbito da realização dos cuidados de enfermagem.

Ao chegar ao setor em que iria realizar a coleta de dados, a pesquisadora solicitava a enfermeira o nome dos clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca, que possuíam acompanhantes. Também, tomava ciência da escala de funcionários, responsáveis pela assistência a estes clientes. A observação participante foi realizada durante a realização dos procedimentos de enfermagem como: aferição de sinais vitais, preparo para a cirurgia através de orientações para o pré-operatório, tricotomia, administração de medicamentos, encaminhamentos para realizar exames e cirurgias. Os registros foram realizados após as observações, com base na posição de Ludke e André (1986, p. 32) quando elas afirmam que: “ registrar durante a observação compromete a interação com o grupo.” Neste caso, os familiares e os integrantes da equipe de enfermagem poderiam se sentir constrangidos, o que poderia levar a um comprometimento da fidedignidade da coleta de dados.

O registro no diário de campo constou de data, horário de início e término da observação e pessoas envolvidas. Nestas folhas de registro foi deixada uma margem ao lado direito das observações para a classificação temática do material colhido de acordo com os temas surgidos no conteúdo registrado. Tal medida foi adotada para facilitar a organização das informações colhidas para a etapa de classificação dos dados. No total, foram vinte e três sessões de observação, com uma duração média de cinco horas.

A entrevista livre também é conhecida como não - estruturada. Segundo Minayo (1994) a técnica de entrevista, permite uma interação entre o depoente e o pesquisador revelando conhecimentos culturais internalizados, que

expressam as condições sociais. Lüdke e André (1986, p. 33) afirmam que “a entrevista se desenvolve a partir de um esquema básico não aplicado rigidamente.” Quanto a isto, Sousa (1998, p. 31) afirma que a entrevista livre ou não-estruturada “é iniciada a partir de uma conversa sobre um tema geral não-estruturado pelo entrevistador, orientando e estimulando o entrevistado no sentido de precisar, desenvolver e aprofundar aspectos que espontaneamente coloca”

A entrevista livre ou não - estruturada permitiu aprofundar questões que não ficaram claras durante a observação participante, ou que merecessem um detalhamento / aprofundamento maior, para captar o ponto de vista dos atores sociais envolvidos, nas situações observadas, frente ao objeto de estudo. Dessa forma, as entrevistas livres permitiram uma maior liberdade aos atores sociais, apesar de serem baseadas nos registros dos fatos verificados durante a observação participante.

Foram realizadas trinta entrevistas, geralmente após as sessões de observação participante. As entrevistas foram gravadas em fita magnética cassete, após a autorização dos atores sociais, o que permitiu uma maior fidedignidade dos depoimentos, por obter na íntegra todas as nuances ocorridas durante a conversa. Nas entrevistas, foram retomadas as situações observadas nas sessões de observação, para que o ator social envolvido fizesse a sua própria descrição da situação, da qual emergiram significados que inicialmente não haviam ficado claros. As entrevistas serviram para estimular a fala dos atores sociais e também, para relacioná-la a algumas expressões indexicais que se referiam ao contexto das ações observadas.

As entrevistas, tanto com os familiares, como com os integrantes da equipe de enfermagem, aconteceram conforme a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas com os familiares foram realizadas na unidade de internação, na sala ao lado do posto de enfermagem, com o objetivo de proporcionar um ambiente confortável e de confiança.

Ao final da coleta de informações, as conversas entre a pesquisadora e os atores sociais ultrapassaram as questões relacionadas a pesquisa, estendendo-se às questões da vida pessoal de cada um, o que significa que nesta fase, estava filiada ao grupo, tornando-me membro dele.

As entrevistas com os integrantes da equipe de enfermagem foram realizadas na copa localizada dentro do posto de enfermagem, com o mesmo objetivo. Elas foram posteriormente transcritas, para que todos os detalhes fossem considerados.

Espírito Santo (1997, p. 38) afirma que através da observação participante e das entrevistas pode-se:

documentar o não documentado. E é possível desvelar os encontros e desencontros que perpassam o dia-a-dia (...), pois ao descrever as ações (...) dos atores sociais, é possível reconstituir suas formas de linguagem, suas formas de comunicação e os significados que eles criam no dia-a-dia.

Neste sentido, a observação participante e as entrevistas nos remetem aos conceitos de dois elementos constituintes da etnometodologia, a reflexividade e a indexicalidade. Dessa forma, os dois instrumentos escolhidos para a coleta de dados permitiram compreender de que maneira as interações entre os integrantes da equipe de enfermagem e os familiares contribuem para as especificidades do cuidado de enfermagem junto às famílias desta pesquisa.

3.7 Tratamento dos dados coletados

Para o tratamento dos dados houve uma leitura cuidadosa, levantamento e análise de temáticas associadas à observação participante e à entrevista. Segundo Minayo (1994, p. 209), “esse procedimento consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo pesquisado”.

O tratamento das entrevistas foi realizado através do método de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2004). Para esta autora, a análise de conteúdo configura-se como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (...) destas mensagens (p. 42).

Além das idéias manifestadas pelos atores sociais da pesquisa foram buscadas as relações encontradas entre os elementos de seus

discursos/textos. Assim, no trabalho de classificação e categorização dos conteúdos, foram identificados os temas encontrados nos conteúdos dos registros das sessões de observação e nos conteúdos da transcrição das entrevistas. As leituras repetidas das informações registradas no diário de campo e dos conteúdos das entrevistas transcritas possibilitaram vários reagrupamentos sucessivos. Assim, a leitura das informações coletadas na observação nas entrevistas possibilitou a formação das categorias empíricas.

A etapa de classificação incluiu a observação participante, a entrevista com profissional e a entrevista com o familiar do cliente. Para identificá-los foram utilizadas siglas e códigos alfa - numéricos. Para a observação participante, a sigla foi a OP. Para as situações observadas, a sigla foi SO. Para as entrevistas com os familiares a sigla foi EF. E para os integrantes da equipe de enfermagem foram usadas as seguintes siglas: EE para as enfermeiras, ETéc para as técnicas de enfermagem, EAux para as auxiliares de enfermagem, EER para os enfermeiros residentes e EGE para a graduanda de enfermagem.

Para utilizar o termo categorias empíricas, a base foi à conceituação de Minayo (1992, p. 94) que estabelece serem elas:

(...) são aquelas construídas com a finalidade operacional (...), a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (...) Essa categoria empírica, construída a partir dos elementos dados pelo grupo social, tem todas as condições de ser colocada no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade, e de, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade

As informações das sessões de observação e das entrevistas complementaram-se, não tendo sido possível destacá-las do contexto onde ocorreram. Nele, aconteceram as interações sociais que evidenciaram as especificidades do cuidado para as famílias. Este processo revelou a aplicação dos elementos constituintes da etnometodologia, a prática de ação social e a contextualidade.

3.8 Análise e interpretação dos resultados

A análise e interpretação dos resultados ocorreram após o tratamento dos dados provenientes da observação participante e das entrevistas Para

ocorrer uma análise e interpretação adequada dos resultados, Goldenberg (1998, p. 96) considera a necessidade do pesquisador em “(...) iniciar a análise logo após coletar (...) [dados], além de analisar comparativamente as diferentes respostas, as idéias novas que aparecem, o que confirma e o que rejeita as hipóteses iniciais, o que estes dados levam a pensar de maneira mais ampla”

A análise e interpretação dos resultados foram desenvolvidas com as evidências identificadas nos dados empíricos utilizando a linguagem dos dados que foram discutidos individualmente nas entrevistas de cada ator social. Essas evidências foram então analisadas nas categorias, segundo a posição de alguns autores encontrados na literatura e com apoio das bases conceituais do estudo. Em relação à categorização, Lüdke e André (1986, p. 49) consideram que:

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado, (...). Deve então estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações.

Como resultado de classificação surgiram duas categorias assim denominadas: Categoria I. Mudanças no cotidiano das famílias decorrentes da hospitalização; Categoria II. Cuidado de enfermagem para famílias: dimensões objetivas e subjetivas. O objetivo neste momento de análise foi o de descrever o que estava parcialmente revelado nas interações sociais entre os integrantes da equipe de enfermagem e os familiares. Para tanto, a análise e interpretação dos resultados foi associada a descrições parciais dos temas encontrados nos registros majoritários e minoritários das situações observadas e nos recortes temáticos das entrevistas dos familiares e dos integrantes da equipe de enfermagem.

A análise desenvolvida buscou alcançar uma interpretação das interações sociais e analisá-las em relação às especificidades dos cuidados de enfermagem para os familiares dos clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados encontrados a partir dos dados coletados. Estes resultados foram dispostos em duas categorias, a saber: Categoria I. Mudanças no cotidiano das famílias decorrentes da hospitalização; e Categoria II. Cuidado de enfermagem para famílias: dimensões objetivas e subjetivas.

Em ambas as categorias adotou-se a apresentação simultânea dos dados oriundos da observação participante, da entrevista do familiar / acompanhante e da entrevista do integrante da equipe de enfermagem, para facilitar a análise e interpretação, considerando-se a adoção da etnometodologia.

Outro aspecto a destacar se refere a adoção de termos específicos para este capítulo. Para evitar que o termo familiar fosse aplicado indistintamente para o acompanhante e o cliente, pois ambos são familiares, foram usados neste texto dois termos compostos, a saber: familiar / acompanhante e familiar / cliente.

4.1 Categoria I. Mudanças no cotidiano dos familiares decorrentes da hospitalização

Esta é uma categoria com natureza reflexiva, pois a partir de suas entrevistas os atores sociais refletiram e esclareceram os aspectos pouco claros durante as sessões de observação. Assim, emergiu a reflexividade como o principal elemento constituinte da etnometodologia nesta categoria. Esta categoria também tem um caráter introdutório e contextual à Categoria II, pois ela busca situar os familiares / acompanhantes dos clientes no cenário hospitalar, especificamente nas enfermarias de cirurgia cardíaca da Instituição adotada como campo de estudo.

Outro elemento constituinte da etnometodologia revelado nesta categoria foi a indexicalidade, tendo em vista que na maioria das entrevistas, surgiram expressões incompletas, que só poderiam ser analisadas/compreendidas dentro do contexto da situação.

O fato de ter indicações de cirurgias cardíacas para os clientes contribuiu para que as famílias ficassem temerosas quanto aos resultados. Ao

lado disto, o processo de hospitalização proporcionou alterações no cotidiano dos clientes que seriam submetidos à cirurgia cardíaca, refletindo-se também, no dia-a-dia de seus familiares.

Essas mudanças incluíram o contexto amplo que contemplava aspectos de ordem sócio-econômica, emocional, afetiva, cultural e espiritual. A vida familiar passou por várias transformações em decorrência da hospitalização. Em vista disso, os clientes tiveram que se adaptar a uma nova rotina, na qual as exigências e demandas do tratamento passaram a fazer parte do cotidiano familiar. Neste caso, a família se adaptou a este processo de doença, organizando-se no seu dia-a-dia, no sentido de atender às necessidades do cliente e, ao mesmo tempo, continuar vivendo dentro deste novo contexto.

Durante as interações sociais entre a equipe de enfermagem e as famílias, as mudanças no cotidiano da família, por causa da hospitalização do cliente, tornaram-se evidentes, pois nesse momento a família trocou o espaço familiar pelo espaço hospitalar. Neste sentido, nos registros do diário de campo, encontrou-se a seguinte situação:

(...) a técnica de enfermagem entrou no quarto da cliente para verificar sinais vitais. A filha da cliente estava sentada arrumando os seus pertences em uma bolsa, quando a técnica de enfermagem entrou no quarto e aproximou-se da cliente, comunicou a mesma que iria verificar sua pressão. Durante a realização do procedimento a filha disse para a mãe que mandaria algumas roupas para a irmã lavar, pois ela estava ausente de casa há alguns dias (OP SO 1).

Quanto à situação descrita, a entrevistada da família (filha da cliente) destacou a mudanças em sua rotina de vida, pois ela tem uma família própria:

Eu só fui em casa uma vez, porque eu tenho marido. Ele trabalha no correio. Mas, eu não tenho ido nem em casa. Fui em casa só uma vez deixei tudo pronto: (...) roupa para o meu marido, deixei em cima da cama doze camisas, doze meias. Ele tem me dado muita força. Estou preocupada. Mas, ele disse que já lavou na máquina mais camisas e está se virando. Porque, a prioridade tem sido a minha mãe. E quando ela está bem, eu também estou. Mas quando ela não está, aí eu também não fico bem (EF SO 1).

Já a entrevista da técnica destacou a possível dificuldade que a familiar deve estar enfrentando para conciliar sua vida cotidiana com as demandas originadas da hospitalização de sua mãe:

A filha desta paciente quase não vai em casa. Imagino o quanto ela deve estar cansada, estressada. Ela tem irmãos, mas quem sempre está presente é ela. Os irmãos até vem, mas é muito pouco. Eu fico pensando como deve ser difícil: (...) ter que dar conta de casa, marido e mais da mãe doente no hospital. Eu observo isso quando faço os procedimentos. A mãe dela precisa mesmo que fique alguém com ela, porque a paciente é uma pessoa idosa e precisa de ajuda (Etéc SO 1).

O tempo de permanência da família no ambiente hospitalar também é percebido pelos integrantes da equipe de enfermagem, em decorrência do processo saúde - doença que levou o cliente à internação: Neste sentido, o diário de campo apresentou registro de observação da seguinte situação:

A enfermeira entrou no quarto da cliente e perguntou se estava tudo bem. A mãe da cliente estava sentada, e a cliente deitada ouvia música. A enfermeira entrou no quarto sorrindo e disse: Bom Dia! Pergunta a cliente como foi a noite e se está tudo bem. Esclarece o motivo de sua presença, que é o de esclarecer sobre o preparo para a cirurgia. Ao falar, a enfermeira dirigiu-se, não somente para a cliente, como também para a mãe. A enfermeira foi abordada com várias perguntas da cliente, enquanto a mãe permanecia ao lado da filha e ouvia de forma atenciosa as orientações da enfermeira, que durante a orientação utiliza termos não técnicos para explicar a cliente e sua mãe sobre os procedimentos específicos para a cirurgia. Durante as orientações, a enfermeira dirigiu-se a mãe e disse que ela também poderia perguntar. Posteriormente, a mãe também esclareceu várias de suas dúvidas com a enfermeira (OP SO 15).

Na sua entrevista, a mãe da cliente ressaltou uma estratégia que utiliza para interligar sua vida cotidiana com a necessidade de acompanhar a filha:

Eu já não vou em casa alguns dias. Então, a gente precisa ficar ligando para saber como estão as coisas e organizar a casa, nem que seja por telefone (EF SO 15).

Por sua vez, a enfermeira reconhece a razão do comportamento da mãe que faz com que permaneça no hospital acompanhando a filha em sua hospitalização:

(...) eu vejo que os familiares passam a viver um dia-a-dia que é muito diferente da casa deles. É tudo muito novo (EE - SO 15).

Nesta fala, a profissional da equipe de enfermagem assinala a presença da mãe da cliente e destaca sua permanência contínua, para acompanhar a filha no período pré-operatório. Também tece considerações quanto à mudança no cotidiano da família.

Os dados das situações apresentadas nos remetem aos dados da tabela de distribuição dos familiares, segundo o grau de parentesco, no qual o gênero feminino prevaleceu na permanência hospitalar como acompanhante durante a hospitalização, tendo como maior participação a presença das esposas.

Esse fato está relacionado com as características que a mulher possui em cuidar do lar e dos familiares, sendo considerada uma característica feminina. No entendimento de Collière (1986), estas situações evidenciam que o cuidado está vinculado em fios invisíveis ao destino das mulheres. Nesse universo que é o hospital, a família se depara com as normas e rotinas hospitalares e necessita ter seus hábitos modificados em consequência da sua adesão ao tratamento do cliente.

Frente a permanência no ambiente hospitalar, essas mudanças são abordadas a seguir, a partir de uma situação registrada em diário de campo:

A técnica de enfermagem entrou no quarto e direcionou-se para o cliente, que estava deitado em seu leito e perguntou: está tudo bem? Nesse momento, ela administrou os medicamentos prescritos para o horário. Na entrada da porta do quarto estava a esposa do cliente conversando com a sogra quanto ao fato de estar preocupada com o filho, que estava sozinho em casa (OP SO 5).

Ao mesmo tempo em que analisa as mudanças da rotina de vida, a cliente demonstra preocupação com o filho que está em casa sozinho:

Muda muito, porque a gente sai de casa para um ambiente que é totalmente diferente da nossa casa. E com isso precisamos mudar nossa rotina, nossa vida. Precisamos, às vezes, depender de um vizinho, um amigo, para resolver alguma coisa, porque a gente tem que estar presente no hospital. Mas, preciso dar conta da minha casa, porque temos um filho de 17 anos, um adolescente, que a gente não pode deixar sozinho (EF SO 5).

A técnica de enfermagem reconhece o dilema da acompanhante entre ficar com seu esposo hospitalizado e dar assistência ao filho adolescente que permanece em casa.

Também destaca que orienta a acompanhante a ir em casa eventualmente:

Essa senhora fica muito preocupada com o quadro do esposo dela. A gente entende, porque é uma pessoa jovem e veio fazer uma revascularização do miocárdio. Ela também está sempre preocupada com o filho. Às vezes, eu digo para ela que (...) deve ir para casa, porque o filho também precisa dela (ETéc SO 5).

Uma outra acompanhante (filha da cliente) reforçou os aspectos que passam por mudanças quando acompanha sua familiar no hospital. Destacou também que apesar dessas mudanças, ela dá prioridade à situação de saúde de sua mãe, o que evidencia sua escolha.

Depois que a minha mãe internou, muita coisa mudou na minha vida. Nossa! Mudou demais! Eu quase não tenho ido na minha casa. Mas, não tem problema, porque a prioridade é a saúde da minha mãe (EF SO 1).

Com o depoimento desses atores sociais, observa-se como a hospitalização contribui para a desorganização familiar e como a doença desarticula o mundo da família. A doença se caracteriza como uma grande crise, não só para o cliente, como também para sua família. Mas, apesar de reconhecer as necessidades dos outros familiares, a acompanhante compreende que o cliente que está hospitalizado é uma prioridade, o que determina a necessidade de sua permanência no hospital.

Ao enfrentar essa realidade, a família busca alternativas para lidar com a nova realidade. Nesse momento, a família lida com as mudanças de papéis, que se tornam necessários, para que haja um ajuste frente a permanência do familiar no ambiente hospitalar. A posição de Burd e Mello Filho (2004, p 351) reforçam a mudança dos papéis, quando consideram que “o adoecimento de um membro da família muitas vezes faz com que haja troca de papéis: um pai de família adocece e fica impossibilitado de trabalhar, e a mãe precisa assumir o papel de provedora”

A percepção dos sentimentos e as dificuldades que os familiares enfrentam no cotidiano do hospital causam um grande sofrimento ao familiar, que sabe que os outros familiares precisam dele, ao mesmo tempo em que sabem que o cliente tem prioridade na sua atenção.

Assim, uma situação registrada no diário de campo exemplifica o conflito do familiar decorrente da dualidade no estabelecimento de prioridades entre permanecer junto ao cliente que está acompanhando no hospital e que sabe o quanto sua presença é necessária ao lado deste, e junto às outras pessoas que também dependem de sua presença em casa.

(...) a técnica de enfermagem entra no quarto para administrar o medicamento. Mas a cliente estava no corredor do hospital. A irmã da cliente conversa com a funcionária e diz que está muito preocupada. Mas, tenta fazer com que sua irmã não perceba o quanto ela está nervosa. Fez comentários que está preocupada com os filhos e o marido, pois está um tempo fora de casa. Mas disse que fez isso, porque nesse momento quem mais precisa dela, é a irmã. Logo que a cliente vê a irmã conversando com a técnica de enfermagem aproxima-se das duas. E a funcionária administra a medicação prescrita e despede-se (OP SO 22).

A acompanhante salienta a prioridade que sua irmã tem em relação à sua própria família. Entretanto, ela também enfatiza a diferença que existe entre trabalhar e acompanhar o cliente no hospital:

Eu deixei minha casa, meu marido e meus filhos, para ficar com a minha irmã. Mas; isso tudo é válido, porque é minha irmã. E eu sei o quanto ela está precisando de mim, quanto deve ser difícil para ela passar por outra cirurgia cardíaca. Então, eu entendo que os meus filhos e o meu marido precisam de mim. Mas, nesse momento ela precisa mais. Uma coisa é você estar no hospital trabalhando, outra é ser acompanhante (EF SO 22).

A técnica de enfermagem manifesta sua opinião em relação a prioridade que a irmã da acompanhante deve ter, mas também compreende a necessidade da familiar em desabafar as preocupações que tem em relação a sua família:

(...) quando eu fui até o quarto levar o medicamento e a paciente não estava, a acompanhante que é irmã da paciente aproveitou a oportunidade para desabafar um pouco, dizendo que está preocupada e que deixou os filhos e o marido em casa, para cuidar da irmã no hospital. Mas, para ela a maior preocupação, nesse momento, é a cirurgia da irmã (ETéc SO 22).

Em geral, elas estão relacionadas com o gênero feminino. Já outras situações implicam manter um canal de comunicação com o domicílio residência, para saber como estão os outros familiares: Uma das situações

descritas no diário de campo destaca a questão da comunicação da família com sua casa:

a técnica entrou no quarto da cliente para verificar sinais vitais. A cliente estava deitada na cama e conversava com sua irmã que estava de pé. Logo que a funcionária aproximou-se da cliente, a irmã da cliente comunicou a técnica de enfermagem que iria no corredor para telefonar para casa e saber como estavam seus filhos e seu marido. Ela disse que prefere avisar a equipe de enfermagem, quando sai do hospital (OP SO 13).

A irmã da cliente mostra em sua entrevista os motivos pelos quais ela se preocupa em se comunicar com sua família que está em casa:

Eu fico aqui no hospital, mas fico preocupada para saber como os meus filhos estão em casa. Apesar deles não serem crianças, já serem adolescentes, mesmo assim isso tudo me preocupa. Então, eu sempre ligo para casa (EF SO 13).

A técnica destaca que esta forma de comunicação (telefone) não se aplica apenas a esta situação. Ela é uma estratégia usada por muitos acompanhantes:

(...) não só a irmã dessa paciente mas, os acompanhantes, em geral, estão sempre ligando para casa para saber como estão os outros familiares. Ou vão em casa rapidinho e retorna para o hospital. Eu acredito que eles fazem isso porque estão preocupados com os outros familiares (ETéc SO 13).

A necessidade de acomodação do dilema e da dualidade entre ficar no hospital com o cliente ou atender as demandas domésticas ou da própria família, faz com que os acompanhantes adotem estratégias específicas, tais como usar o telefone para Ter notícias de casa, desabafar com alguém da equipe de enfermagem e ir em casa rapidamente. De outra maneira, eles ficariam muito mais estressados do que já estão, ao enfrentarem o/a dilema/dualidade. Qualquer ser humano apresenta capacidade de adaptação, que sempre implica certo nível de estresse. Mas, parece que esta situação de acompanhar um familiar internado envolve um estresse mais significativo, pois envolve um sofrimento real do acompanhante.

As mudanças sócio-econômicas ficaram expostas através dos registros da observação e depoimentos dos atores sociais tornando evidente a crise que a família enfrenta com a hospitalização do cliente. Essa permanência no hospital compromete a atividade laboral do familiar, afim de que ela possa

participar de forma ativa no tratamento. Articulando-se para tornar viável sua presença no ambiente hospitalar como acompanhante, nesse momento o familiar vive a doença do outro e suas implicações afetivas, social e territorial que geram sofrimento para a família. Uma situação do diário de campo exemplifica a questão que envolve a suspensão das atividades de trabalho:

A funcionária entrou no quarto e cumprimentou sorrindo a cliente e sua irmã. Comunica que ira realizara a tricotomia, antes que a funcionária explicasse o significado desse procedimento a irmã perguntou o que isso significava. A funcionária esclareceu a cliente e sua irmã, sobre o procedimento e a necessidade de realiza-lo. Ao término do procedimento a cliente foi encaminhada ao banho orientada pela técnica de enfermagem para utilizar o anti-séptico clorexidine degermante e não molhar os cabelos. Enquanto a cliente estava no banho, a acompanhante conversava com a funcionária quanto a sua permanência no hospital e o afastamento que de suas atividades laborais (OP SO 23).

A irmã da cliente destaca que o motivo da licença de seu trabalho foi para que pudesse acompanhar a cliente, evitando a solidão que esta enfrentaria:

Ter alguém doente na família é complicado. Fazer uma cirurgia, também é complicado. Ela não tem marido e nem filhos. Depende de mim e de outra irmã. Ela é uma preocupação. Com a internação dela, eu tive que pedir licença no meu trabalho, e ainda bem que eu consegui. Mas, se não tivesse conseguido a licença daria um jeito. Mas, sozinha ela não iria ficar (EF SO 23).

A técnica destaca que clientes sem família constituída, demandam, de alguma forma, esforços maiores da família original, pois estão mais isolados. Assim, esta família original se sente mais responsável em acompanhá-los:

Essa acompanhante até teve que pedir licença no seu trabalho pra acompanhar sua irmã. Mas, ela diz que [a cliente é] sozinha. Não a deixaria, porque essa paciente não tem marido e nem marido e nem filhos, então essa irmã se sente responsável por ela (ETéc SO 23).

Outra acompanhante ressalta ter afastado-se dos outros filhos e do marido, com quem trabalha, para ficar com a filha:

Essa situação não é fácil, porque eu tenho outros filhos. Fico preocupada com eles, e também trabalho com o meu marido. Nós temos um bar na Tijuca. Eu abro e ele fecha o bar. Mas,

com a cirurgia da minha filha, eu tenho ficado direto aqui com ela, porque ficar com ela é mais importante (EF SO 15).

A enfermeira reforça que a necessidade de mudanças e adaptação dos familiares à situação de hospitalização de um deles pode chegar a desestruturar a família:

(...) para acompanhar o familiar, eu vejo que a família passa por toda uma mudança na sua vida com a internação do familiar, e com isso chega até se desestruturar (...) (EE SO 15).

o cliente durante o processo saúde - doença, passa por um ajustamento. Além das implicações quanto às alterações nos aspectos sócio-econômicos, a família também apresenta alterações referentes aos aspectos emocionais. Uma situação registrada no diário de campo introduz a questão da sobrecarga física e emocional de um único familiar, que acompanha o cliente em sua hospitalização:

A auxiliar de enfermagem chega ao quarto e diz: Boa Tarde! Olha para o cliente e sua esposa, comunica que trouxe o medicamento e que vai verificar os sinais vitais. No quarto, junto com o cliente encontra-se, como acompanhante, sua esposa, que estava sentada na cadeira assistindo a televisão. A funcionária realizou o procedimento e despediu-se do cliente (OP SO 14).

Nesta situação, a esposa do cliente aponta para um certo adoecimento que o familiar adquire, ao acompanhar o período de hospitalização:

Você veja só minha situação! Não é fácil! A gente fica de acompanhante e adocece um pouco junto com o nosso familiar. Eu acho até que os amigos percebem isso, quando dizem que estão rezando por mim e por ele (EF SO 14).

Entretanto, a auxiliar chama a atenção para a longa permanência da acompanhante no hospital que em geral, acontece por dificuldades decorrentes de não ter disponibilidade de outros familiares para dividir a responsabilidade:

(...) eu vejo que a esposa desse paciente está muito cansada. Mas também, ela fica aqui direto. Assim, não tem como agüentar. Mas também, pelo que eu sei, eles não tem filhos [e] a família deve ser pequena. Então, ela não tem muito com quem dividir (EAux SO 14).

Em outra situação do diário de campo, a problemática que surgiu relacionou-se com as alterações emocionais da acompanhante em decorrência de ajustes institucionais relativos às cirurgias:

(...) o cliente já havia sido preparado para ser encaminhado para a cirurgia. No entanto, por causa de uma cirurgia de emergência a sua foi suspensa. Nesse momento, a equipe demonstrou certa preocupação sobre a forma de abordar o cliente e a sua esposa para comunicar que a cirurgia não iria ocorrer neste dia. A esposa do cliente caminhou aproximando-se de alguns integrantes da equipe de enfermagem e perguntou a que horas o marido dela seria encaminhado para a cirurgia. A técnica de enfermagem diz para a esposa do cliente que havia acabado de receber uma ligação do centro cirúrgico e que a cirurgia de seu esposo havia sido suspensa, porque houve uma cirurgia de emergência. A esposa levou as mãos até a cabeça e disse: “eu não acredito! Ele vai ficar muito nervoso (OP SO 12).

A esposa do cliente analisa as conseqüências de suspensão da cirurgia, que se caracterizam pela sobrecarga emocional, para o cliente e para ela:

O acompanhante não tem o direito de ficar doente. Eu acho que naquele momento, eu tive medo de adoecer. E só de pensar nisso, eu já fico preocupada. E a gente também sofre com essa situação, porque ter a cirurgia suspensa uma vez é desagradável, duas vezes [é] mais desagradável; ainda. E isso desgasta não só o paciente, mas o familiar também. Às vezes, parece que você vai perder o controle da situação (EF SO 12).

A técnica de enfermagem fala sobre o potencial para um desequilíbrio emocional tanto do cliente, como de sua acompanhante frente a segunda suspensão da cirurgia:

Eu não sei como a esposa desse paciente ainda não descompensou. Essa situação é muito complicada! Ele já teve sua cirurgia adiada uma outra vez. Isso é muito chato, eu acho que não só para o paciente, mas para a família, que também fica na maior expectativa. (ETéc SO 12).

Estas falas dos atores sociais deixam claro que o processo saúde-doença de seu familiar traz alterações emocionais para o acompanhante. Esse evento é percebido pela família como uma ameaça. O relacionamento interpessoal é fundamental, quando envolve a família e a equipe de enfermagem diante de uma situação de crise desencadeada pela doença e a hospitalização. Os integrantes da equipe de enfermagem também reconhecem essas alterações, quando uma enfermeira afirma que:

Eu acredito que a gente tem de entender que, quando [se] fala em saúde, a gente não está falando de saúde de uma pessoa só e nem de doença de uma pessoa. Se a pessoa está saudável, a família está saudável. Se a pessoa está doente, a família está doente. A família também adocece junto com aquela pessoa. Vira um círculo, e a família volta-se para aquela pessoa. E adoecem e se curam junto com ela. E sempre, quando a gente lembrar que está tratando de alguma pessoa, tem de lembrar que por trás dessa pessoa, há uma gama de pessoas, uma rede bem vasta de pessoas. E [elas] estão ali juntas. É um pouquinho de cada um que está ali dentro (EER SO 4).

Este ator social - enfermeira, reconhece a família como extensão do cliente. Reconhece também que a mesma adocece junto com o seu familiar. Percebe nesta os sentimentos de angústia e incertezas. O processo de adoecimento é um momento de expectativa para a família. Confirmando esta posição, o diário de campo traz uma situação na qual este reconhecimento torna-se explícito:

(...) a graduanda de enfermagem estava no corredor da enfermaria e vê a mãe da cliente que havia sido encaminhada para o centro cirúrgico de pé na porta do quarto, falando no celular. A técnica de enfermagem aproximou-se da mãe da cliente, aguardou que ela terminasse de falar no telefone, e perguntou se ela precisava de alguma ajuda (OP SO 18).

Falando sobre este reconhecimento, a graduanda de enfermagem ressalta que o sofrimento do familiar/acompanhante tende a se tornar maior quando o vínculo de parentesco é de mãe-filha:

(...) eu acho que deve ser mesmo muito sofrimento para qualquer familiar ter quem a gente ama passando por uma cirurgia. Ainda mais, [a] cardíaca, que assusta qualquer um. Imagina só, quando é um filho. Quando é um filho, o sofrimento é maior ainda (EGE SO 18).

A mãe da cliente que estava na cirurgia confirma que a graduanda realmente identificou com correção sua necessidade de ajuda para enfrentar o momento que experimentava:

(...) eu estava muito nervosa e fiquei naquela porta pensando no que poderia estar acontecendo com minha filha, naquela hora. Pensei: "Será que já começou a cirurgia? Eu sei que eu estava muito aflita (EF SO 18).

Uma técnica de enfermagem destaca que, quando o familiar/acompanhante é da área da saúde, as preocupações com o cliente se ampliam:

(...) eu não sabia que a irmã dessa paciente era auxiliar de enfermagem. Mas, outro dia estava conversando com ela e ela me disse era auxiliar de enfermagem. E que, por causa disso ela ficava mais preocupada ainda com o que estava acontecendo com a irmã dela. Nessa hora, eu acho que é até melhor não ser dessa área, porque você sofre menos (ETéc SO 22).

A acompanhante confirma que um conhecimento mais profundo sobre a situação de saúde do cliente torna maior seu sofrimento:

Porque, a gente sofre muito sabendo dos riscos que esse familiar está passando. O leigo sofre, mas sofre menos do que aquele que é esclarecido. E eu não estou na posição de leigo. Então, com isso a gente sofre mais ainda. Ela é uma pessoa muito nervosa. Eu tento controlar o máximo, para que ela fique menos nervosa. Mas, às vezes, não tem jeito. Ela fala o tempo todo, é muito agitada (EF SO 22).

No diário de campo também aparecem situações nas quais os integrantes da equipe de enfermagem identificam como afeta a necessidade de sono e repouso do familiar:

(...) a auxiliar de enfermagem entrou no quarto e pediu licença para a acompanhante porque precisava que a mesma fechasse a cama de acompanhante em que ela estava deitada. E encaminhar o cliente para o centro cirúrgico. A esposa encontrava-se deitada na cama de acompanhante. A auxiliar disse: Estou atrapalhando o cochilo da senhora (...) (OP SO 11).

A auxiliar de enfermagem envolvida na situação, ao constatar a necessidade de sono e repouso da acompanhante como uma necessidade afetada, sugere uma estratégia para que a esposa do cliente possa vir a atendê-la:

Você vê na fisionomia da esposa, como ela está cansada. Mais cedo ela disse que não conseguiu dormir a noite toda, porque estava preocupada com a cirurgia. Eu falei com ela que, o tempo que ele [o cliente] estiver no CTI, que ela deverá aproveitar, para descansar mais (...) (EAux SO 11).

A esposa do cliente detalha que seu sono “sumiu” frente ao estresse pelo qual vem passando, além de suas preocupações relacionadas ao momento da cirurgia a ser realizada no dia seguinte:

A gente vive um estresse muito grande. Você viu eu estava deitada na hora que a auxiliar chegou com a maca, porque eu não consegui dormir a noite toda. Olhava para ele durante a noite, e ele dormia muito bem. Eu não sei se foi o remédio que ele tomou para dormir. Mas, só sei te dizer que eu não tinha sono nenhum. Então, eu já estava preocupada a noite toda (EF SO 11).

Esse discurso deixa claro as alterações fisiológicas na vida do familiar, que diante do momento de angústia que vivencia, tem o seu padrão de sono alterado. Dessa forma, a família tem as necessidades humanas básicas afetadas. Além das necessidades fisiológicas, esse familiar também apresenta alterações em suas necessidades emocionais, com o agravante de não ter outro membro da família disponível para apoiá-lo. Neste sentido, o diário de campo mostra os aspectos emocionais do familiar envolvido com o cliente que vai ser operado:

(...) a técnica de enfermagem havia realizado a tricotomia e a cliente estava tomando banho. Enquanto isso, a irmã da cliente conversa com a funcionária dizendo que está muito estressada, mas tem tentado manter a calma. Quando a cliente saiu do banheiro, a sua irmã mudou de assunto. A técnica disse que iria até o posto de enfermagem pegar os lençóis para cobrir a maca (OP SO 23).

Quando foi entrevistada, a acompanhante confirmou seu sofrimento emocional:

E a gente sofre junto com eles! Eu tento não deixar que ela perceba isso. Mas, fico muito preocupada, mesmo porque o coração é uma coisa muito séria. Mas, eu sempre tento fazer com que ela não perceba o quanto eu também estou sofrendo (EF SO 23).

A técnica de enfermagem confirmando esse aspecto do sofrimento, ressalta a estratégia adotada pela família para esconder da cliente a sua preocupação:

Você viu como a irmã dela [a cliente] está preocupada. Mas para proteger a irmã, ela mudou logo de assunto (ETéc SO 23).

Os atores sociais integrantes da equipe de enfermagem reconhecem as alterações emocionais das famílias, que se instalam durante a hospitalização: No diário de campo, uma outra situação evidencia aparentemente algumas ações de orientação da enfermeira:

A enfermeira entrou no quarto da cliente e perguntou se estava tudo bem. A mãe da cliente estava sentada, e a cliente deitada ouvia música. A enfermeira ao entrar no quarto olha para a cliente e sua mãe e diz: Bom Dia! Pergunta a cliente como foi a noite e se está tudo bem. Esclarece o motivo de sua presença, que é orientar sobre a cirurgia. A enfermeira foi abordada com várias perguntas da cliente, enquanto a mãe permanecia ao lado da filha e ouvia de forma atenciosa as orientações. Durante as orientações, a enfermeira dirigiu-se a mãe e disse que ela também poderia perguntar. Posteriormente, a mãe também esclareceu várias de suas dúvidas com a enfermeira (OP SO 15).

Entretanto, a mãe da cliente, em seu depoimento, confessa que está com alterações emocionais e vem procurando escondê-las de sua filha – a cliente:

(...) a gente não gosta de falar que está nervosa. Mas, eu estou sim. (...) não quero que ela perceba. Então, eu disfarço que estou bem tranqüila (...) (EF SO 15).

Assim, a capacidade da enfermeira em perceber tais alterações emocionais torna-se clara a partir dos indícios que identificou, durante as orientações:

(...) e deu para perceber através das várias perguntas que ela fez, o quanto a mãe estava preocupada. É um momento de tensão muito grande, de muita expectativa, angústia. Nossa! Eu ainda não sou mãe. Mas, eu imagino que seja muito difícil ter um filho submetido a cirurgia (EE SO 15).

Durante as interações sociais dos atores sociais da pesquisa a angústia dos familiares pode ser captada. No diário de campo uma situação ilustra este aspecto:

(...) após a filha ter sido encaminhada para o centro cirúrgico a mãe da cliente estava com a fisionomia triste. Estava falando no celular na porta do quarto com uma voz chorosa e dizia estar muito preocupada pela complexidade da cirurgia cardíaca. A funcionária aproximou-se da mãe e perguntou a ela se estava precisando de ajuda (OP SO 18).

A mãe descreve o sentimento de angústia que nela se manifesta explicando como se fosse ela mesma que iria se submeter à cirurgia:

(...) sabe minha filha? Eu estou muito angustiada. Parece que estão fazendo uma cirurgia cardíaca em mim também. Você tem filhos? Porque, só que tem é que sabe que dor é essa (...) (EF SO 18).

A graduanda de enfermagem decodificou as manifestações da acompanhante aproximando-se da mesma a fim de melhor interagir e confortá-la:

Porque, eu percebi que ela estava muito nervosa, em pé na porta da enfermaria sozinha ansiosa e chorando muito. Não havia ninguém da família. Ela estava conversando com uma outra paciente e como eu vi que a mãe estava muito nervosa, me aproximei para saber o que estava acontecendo (EGE SO 18).

A posição de Figueiredo et al (2004, p. 209) com relação às perdas, adiamentos e dificuldades decorrentes da cirurgia evidenciam um marco na vida de qualquer pessoa:

A experiência de submeter-se a um procedimento cirúrgico representa um evento marcante na vida de cada ser humano. Ter que submeter-se a uma cirurgia implica em ter que deixar de realizar muitas de suas escolhas, ver suas necessidades básicas afetadas como um todo. E mais, confrontar-se com dificuldades de ordem física, psicológica, social e espiritual.

Por conta disto, Burd e Mello Filho (2004, p. 341) destacam que “a proposta de uma cirurgia cardíaca pode intensificar sobremaneira a ansiedade do paciente e de sua família.”

Apesar de avanços tecnológicos, a cirurgia cardíaca representa para os atores sociais uma ameaça à vida. O temor em realizar a cirurgia está relacionado ao senso comum de que o coração, além da questão fisiológica, perpassa pelos aspectos simbólicos que representam na vida psíquica do homem, a sede dos sentimentos e das emoções. O senso comum mitifica o coração, considerando-o como o órgão mais importante do corpo, o que pode ser comprovado pelo pensamento de Krüger et al (2000, p. 124) em que “(..) cirurgia cardíaca é vivida como experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outro procedimento médico conhecido”.

Conforme pode ser evidenciado no diário de campo, durante a orientação para a cliente e sua mãe:

(...) o residente explicou para a cliente e sua mãe a patologia. A mãe observa atentamente as orientações do enfermeiro. Informa que desde a infância tinha conhecimento da patologia de sua filha [comunicação intra-ventricular]. Mas, por ser uma cirurgia cardíaca e acreditar na gravidade deste procedimento, optou por não operar antes. No entanto, posteriormente, o quadro clínico de sua filha foi agravando com dispnéia e

cianose. E ainda tem muito medo, por ser uma cirurgia cardíaca. Mas, [a filha] terá que operar mesmo assim (OP SO 4).

Para o familiar do cliente que será submetido a cirurgia cardíaca, o procedimento realmente representa uma ameaça à vida, trazendo uma possibilidade da morte:

Porque onde eu moro é tão atrasado e todo mundo (...) [diz que] é perigoso. É porque, todo mundo fala que é o “motorzinho” mais perigoso que nós temos. E eu tenho medo que ela não consiga levar a operação e na hora não agüentar (EF SO 4).

Portanto, pensar em coração leva a pensar em vida e morte, como o integrante da equipe de enfermagem enfatiza a seguir:

(...) durante os esclarecimentos que a gente dá ao cliente e aos familiares, é nítido perceber a angústia por ter um familiar que será submetido a cirurgia cardíaca. Eles sempre associam a morte. Essa mãe mesmo, que eu acabei de orientar. Se a filha dela tivesse operado na infância teria sido muito melhor (EER SO 4).

O fato da cirurgia cardíaca representar uma ameaça à vida também foi observado durante o cotidiano do pré-operatório do procedimento. No diário de campo, uma situação ilustra esse posicionamento da familiar acompanhante:

a esposa ficou muito preocupada com a reação emocional do seu marido, quando ele fosse receber a notícia de que sua cirurgia havia sido suspensa. Ela diz para a técnica de enfermagem que está muito preocupada que ele venha a descompensar, porque está muito ansioso para operar. Disse que entendia que se não foi hoje, “Deus sabe o que faz”. Até tinha a esperança que seu marido não necessitasse operar mais (OP- SO 12).

Para a esposa desse cliente o entendimento acerca da complexidade da cirurgia também fica evidente em sua fala:

Eu entendo que qualquer cirurgia tem o seu risco. Mas, a cirurgia cardíaca é uma coisa muito séria. Para mim a parte mais importante do corpo é o coração. Enfim, é um tipo de cirurgia que é um risco muito grande (EF SO 12).

O técnico de enfermagem valoriza o temor dos familiares quanto ao procedimento cirúrgico.

Eu acho que a cirurgia cardíaca assusta muito, porque a família pensa logo no coração e [o] vê o como o órgão mais importante

do corpo. Quando as pessoas pensam em coração pensam em vida e morte. Parou o coração, parou tudo. É diferente de uma cirurgia de ortopedia, que eles ficam preocupados. Mas, não chega a tanto, quanto a uma cirurgia cardíaca (ETéc SO 12).

Os familiares associam o procedimento cirúrgico ao risco eminente de morte do familiar. Ocorre que, a morte é um fato possível mas, ao mesmo tempo, desconhecido para o ser humano. As pessoas vivem como se nunca fossem morrer. Por mais que a existência da morte seja conhecida, dificilmente a aceitamos como real. Conforme Kübler-Ross (1996, p. 17) destaca, “a morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, que provavelmente provoca medo universal, e talvez o que tenha mudado, seja apenas o nosso modo de conviver com a morte”. De acordo com o conteúdo dos atores sociais, as considerações em relação à cirúrgica e seu desfecho coincidem com esta posição.

Neste sentido, o fato do cliente ter como indicação terapêutica a cirurgia cardíaca contribui para o temor dos familiares, em relação ao desfecho desse procedimento. Mas, apesar do temor dos familiares em relação à cirúrgica cardíaca, conforme Brunner e Suddarth (2002) destacam, talvez nenhuma intervenção terapêutica tenha contribuído tanto quanto a cirurgia cardíaca para a melhoria da qualidade de vida do portador de doença cardíaca. Considerando que, nas últimas décadas ocorreu um avanço na compreensão e tratamento das doenças cardiovasculares. Novas técnicas, aparelhos e materiais sofisticados foram desenvolvidos possibilitando a realização de cirurgias cardíacas, progressivamente mais complexas e com riscos cada vez menores.

A intervenção cirúrgica representa para a família vários temores. Uma situação descrita no diário de campo mostra uma interação que aparentemente é tranqüila:

(...) a técnica entrou no quarto da cliente e disse que ela já iria para a cirurgia. No momento da fala, ela se dirige não só para o cliente mas, para seu esposo também. Aproxima a maca do leito da cliente e a transfere para a maca. Nesse momento, o esposo da cliente segura em umas de suas mãos e diz para ficar tranqüila, porque ele irá cuidar das crianças (OP SO 21).

Mas, o esposo está preocupado com o cuidado com dos filhos, que antes era desempenhado por sua esposa. O esposo preocupa-se com a manutenção do lar:

Eu sei que ela deve estar muito preocupada com as crianças. Por isso, falei para ela não se preocupar. Porque, nós não temos parentes aqui. Na verdade, eu vou tentar cuidar das crianças como ela cuida. Mas, sei que não vai ser a mesma coisa (...) (EF SO 21).

Para o integrante da equipe, esse temor está relacionado com as possíveis intercorrências da cirurgia cardíaca, caso ele não tenha o êxito esperado. É possível que isso aconteça em qualquer cirurgia. Mas, no caso da cirurgia cardíaca tem uma conotação mais intensa:

Acho que passa pela cabeça, o medo da invalidez porque, muitas vezes, o paciente é um chefe de família. E o medo de perder alguém que provê [o] sustento desta família deve ser grande. E nesse caso, o esposo está com muito medo. Ele falou que eles tem três filhos. No caso ela não trabalha pelo que o que marido disse, mas cuida dos filhos, da casa (...) (ETéc – SO 21).

Além da possibilidade de morte, a equipe também destaca outras dificuldades vivenciadas pela família em seu dia-a-dia. O diário de campo destaca uma dessas dificuldades, como a suspensão de cirurgia:

a esposa diz para a técnica de enfermagem que seu marido vai ficar muito nervoso pela cirurgia ter sido suspensa, porque ele está ansioso para voltar a trabalhar. Também disse para a funcionária que havia dado entrada no INSS, mas não teve resposta. (...) Ela está preocupada com a situação financeira de seu marido e acha que, depois da cirurgia ele não poderá trabalhar mais, pois o material que leva em sua mala é muito pesado (OP SO 12).

A acompanhante – esposa revela em sua fala maiores detalhes, relativos à dificuldade financeira da família, uma vez que o cliente é arrimo de família:

(...) com o fato da cirurgia ter sido adiada ele vai ficar mais nervoso, porque ele é autônomo e tem dependido de mim financeiramente. Eu fico preocupada, porque o que eu ganho não é muito (...) (EF SO 12).

Entretanto, para a técnica de enfermagem a fragilidade emocional do acompanhante está relacionada à vários motivos, os quais ele lista:

Eu acho que a família também adocece emocionalmente. São vários fatos: é o medo da perda, a distância da família, a

dependência financeira ainda mais [para o] chefe de família, a esposa que não trabalha, filhos, saudade, insegurança e medo da morte (ETéc SO 12).

Dentre os aspectos que contribuíram para a desestabilização emocional das famílias nesse processo de hospitalização são relacionados com a incerteza do prognóstico, possibilidade de seqüelas, separação física do cliente, sentimentos de isolamento e a manutenção do lar.

A fragilidade emocional do familiar fica evidente durante uma das situações registradas no diário de campo:

(...) a cliente está sendo transferida do seu leito para a maca e o esposo segura em uma de suas mãos. Ele estava com as mãos trêmulas e com os olhos cheios de lágrimas, mas tentava conter sua emoção. O esposo acompanhou a cliente no transporte até o centro cirúrgico. Durante o transporte para o centro cirúrgico o esposo, cliente e a funcionária permaneceram em silêncio (OP SO 21).

As reações emocionais dos familiares são evidentes através da comunicação não verbal e verbal, como relatou este familiar: A preocupação dos familiares excede a dos clientes, o que é confirmado pelos próprios familiares:

Quando ela estava indo para o centro cirúrgico, eu estava apavorado. Mas, não queria que ela percebesse que eu estava nervoso. Eu estou mais nervoso do que ela (...) (EF SO 21).

Apesar do cliente ser o foco de atenção do cuidado de enfermagem durante as abordagens de cuidado, a maioria dos integrantes da equipe de enfermagem relata que as famílias, em geral, encontram-se mais estressadas com o processo saúde - doença, do que o próprio cliente que será submetido à cirurgia cardíaca:

(...) e digo mais: eu penso que alguns familiares sofrem mais do que o próprio paciente. Mas, muitos tentam não deixar que o familiar perceba isso. E eles aqui têm um estresse muito grande, por ser uma cirurgia cardíaca. O marido dela tentou ser forte o tempo todo. Você via que ele estava se segurando para não chorar na frente dela (Etéc SO 21).

As inquietações dos familiares caracterizam-se como de curto, médio e a longo prazos. Uma das preocupações a longo prazo relaciona-se ao cuidado do cliente após a alta hospitalar: Em relação a este aspecto um dos registros do diário de campo pode ser elucidativo.

(...) o residente de enfermagem entra no quarto do cliente, que estava sentado no leito conversando como filho. O residente disse que estava ali para dar algumas orientações sobre o pré-operatório e que a cirurgia estava programada para aquela semana. Mas, ainda não sabia o dia exato. Ao se aproximar do cliente, o residente disse: “Boa Tarde!” E apertou a mão do cliente e do seu filho. Ele permaneceu em pé durante as orientações e utilizou termos não técnicos para os esclarecimentos. O filho sentou-se ao lado do pai, ouviu os esclarecimentos e também fez vários questionamentos, desde a patologia aos cuidados que deverá ter com o familiar no pós-operatório. Durante as orientações, um dos questionamentos do filho é se o hospital possui emergência, pois caso o pai tenha alguma intercorrência como ele deverá proceder? O residente informou que deverá encaminhar-se para qualquer hospital que possua emergência, pois essa Instituição não tem emergência. Ao final das orientações, o residente despede-se e diz que no caso de terem dúvidas, pode procurá-lo (OP SO 2).

Para o filho uma das preocupações é com a alta hospitalar e como deverá proceder, no caso de seu pai apresentar alguma intercorrência:

(...) eu estou preocupado com tudo. Mas, a alta também é uma preocupação e por isso, eu perguntei logo para o enfermeiro o que devo fazer se ele passar mal. Porque enquanto estamos aqui temos vocês. É só chamar. Mas em casa, como vai ser isso? E eu nem sabia que aqui não tem emergência. Agora, vou procurar saber que hospital mais próximo da minha casa tem emergência (EF SO 2).

Confirmando este aspecto, a equipe de enfermagem possivelmente consideraria que ele contribui para o estresse da família. A equipe caracteriza essa preocupação com o pós - alta hospitalar como responsabilidade que o familiar tem de cuidar do cliente no pós-operatório de cirurgia cardíaca:

Porque, às vezes o paciente não está nem muito preocupado [com] o que pode acontecer, após a cirurgia. Mas, o acompanhante talvez imagine como será o pós-operatório (EER SO 2).

Apesar da família estar desajustada emocionalmente, ainda assim ela colabora para minimizar o estresse do cliente, como uma situação registrada no diário de campo mostra:

(...) o residente de enfermagem entra no quarto e diz para o cliente que sua cirurgia não será mais no centro cirúrgico, que vai acontecer ali mesmo. O cliente olhou um pouco assustado. Mas, sua esposa logo compreendeu a brincadeira do residente e disse que ela tinha em casa, uma “serrinha” muito boa. Nesse momento, todos riram e o residente pegou a maca e o transportou do leito para a maca. Perguntou a esposa se ela

gostaria de acompanhar o seu marido até o centro cirúrgico e a mesma o acompanhou. O transporte até o centro cirúrgico foi realizado por uma auxiliar de enfermagem (OP SO 19).

Além da atitude compartilhada com o residente de enfermagem, a esposa também utiliza palavras de ânimo com seu esposo, como outro recurso para apoiá-lo:

(...) eu não quero que ele perceba que estou preocupada. Eu falo que vai dar tudo certo (EF SO 19).

Apesar do comportamento desta acompanhante, o residente considera que a mesma também se encontra temerosa diante desta situação:

(...) apesar da esposa falar que está calma, você vê que ela não está. Mas, eles fazem isso para acalmar os pacientes. (...) você vê que ela tão ansiosa ou até mais, que o próprio marido (EER – SO 19).

Nesse processo de hospitalização, apesar de suas angústias, a família tem a preocupação em não demonstrá-las para o cliente. Em geral, o familiar contém suas reações emocionais, para extravasá-las em outro momento, mais oportuno. Neste sentido, destaca-se do diário de campo a seguinte situação:

(...) a técnica de enfermagem encaminha a cliente para o centro cirúrgico. O esposo acompanha a cliente e permanece em silêncio ao seu lado. Ao chegarem na porta do centro cirúrgico, o esposo da cliente despede-se dela. Mas, ao entrar no elevador, o mesmo chora e fala do adoecimento de sua esposa com a técnica de enfermagem. Diz que está muito preocupado com a cirurgia. Mas, ele não queria que a esposa o visse chorando. Nesse momento, ele está muito emocionado. (OP SO21).

O esposo da cliente explicou o motivo pelo qual conteve seu choro ao se despedir da esposa:

Eu não queria que ela me visse chorando, tão preocupado. E por isso, só chorei quando ela entrou para o centro cirúrgico. E também fiquei calado, porque se eu falasse alguma coisa não agüentaria. E não queria que ela ficasse nervosa (EF SO 21).

A técnica de enfermagem percebe a necessidade do esposo em conter suas reações emocionais para proporcionar apoio emocional à cliente, mesmo estando preocupado com o procedimento:

(...) vejo que a família está sofrendo muito. Mas, [o esposo] prefere não demonstrar para a esposa. Ela quer demonstrar para a esposa (...) que é forte (ETéc SO21).

A família deseja estar bem emocionalmente, para apoiar o seu familiar mesmo diante da situação de incertezas e expectativas.

No diário de campo surge uma outra situação que reafirma a postura de tentar proteção do familiar:

(...) a esposa havia sido comunicada que a cirurgia de seu marido havia sido suspensa. A fisionomia da mesma é de preocupação. Quando a esposa comunicou ao cliente, que sua cirurgia havia sido suspensa, o mesmo ficou estressado, chorou e ficou dispnéico. A esposa permaneceu ao seu lado, segurando em suas mãos e dizendo para ele que ficasse calmo. Nesse momento, a equipe de enfermagem mobilizou-se para instalar oxigenoterapia e verificar sinais vitais do cliente (OP SO 24).

Mesmo diante da situação de estresse, a família tenta manter a calma, para superar as dificuldades desse momento. É o que se destaca na fala da esposa do cliente.

(...) eu também fiquei muito estressada com toda aquela situação. Mas, do jeito que ele [o cliente] ficou, eu tinha que ser forte para dar apoio a ele, por causa de tudo aquilo que estava acontecendo. Às vezes, você tem que ser um pouco artista: fingir que não está sofrendo com aquela situação e quando, na verdade, você está e muito (EF SO 24).

Apesar de toda a angústia que a família vivencia ela é vista como um apoio para o cliente pelos integrantes da equipe:

E a esposa desse paciente, apesar de todo esse problema, manteve o equilíbrio. Ficou perto dele o tempo todo, fazia carinho no rosto dele. Ela estava dando apoio a ele o tempo todo. Ela manteve equilíbrio (...). Eu acho que ela tenta proteger o marido, para que ele não sofra tanto (ETéc SO 24).

Na situação apresentada a seguir, a presença da esposa para acompanhar o marido no momento do transporte para o centro cirúrgico foi orientada pela auxiliar de enfermagem:

(...) o cliente já havia sido transportado do leito para a maca pelo residente de enfermagem que ao término deste transporte disse para o cliente: “Boa Sorte!” Ao seu lado estava a esposa, no corredor da enfermaria próximo à porta do quarto. A auxiliar de enfermagem tocou no braço da esposa do cliente e disse que ela poderia acompanhar o esposo até o centro cirúrgico. E ela acompanhou o transporte (OP SO 20).

Para a esposa do cliente, o fato de ter sido chamada pela auxiliar para acompanhar o seu esposo para o centro cirúrgico contribuiu positivamente:

(...) foi muito bom a auxiliar de enfermagem ter me chamado para acompanhar o meu marido. A gente sempre fica muito ansiosa, preocupada. E estar perto, nessa hora, me fez sentir melhor, mais tranqüila (...) (EF SO 20).

Para a auxiliar de enfermagem, a presença da família no momento do transporte do cliente para o centro cirúrgico traz benefícios, não só para o cliente, mas para o familiar também:

Porque o paciente fica muito nervoso. Eu acho se ele puder ter perto (...) [alguém que] ele gosta, antes da cirurgia, isso será melhor (...). Porque, o acompanhante está ali para dar apoio para o paciente. E quando, o acompanhante fica mais tempo com o paciente antes de ir para a cirurgia, não só o paciente como o familiar também ficam confiantes (EAux SO 20).

Os integrantes da equipe de enfermagem percebem a necessidade do familiar em estar próximo do cliente nesse momento. E geralmente, familiares e amigos são envolvidos na ansiedade do cliente. Assim, cabe à equipe prover ações que possam dar a eles segurança. Nesse momento, a equipe de enfermagem deve ter o propósito de minimizar a ansiedade e os temores da família e estabelecer com ela, um relacionamento interpessoal de confiança. Neste sentido, o adoecimento nos faz refletir sobre a totalidade do homem-corpo, mente, emoção e espírito, relacionando-se com os outros homens e com a vida de um modo geral (SILVA, 2003).

As famílias atravessam um rompimento interno emocional na época do diagnóstico. Este é um momento expectativa. Cada família convive e enfrenta a doença de seu membro com variados comportamentos. Neste contexto, a equipe de enfermagem está numa condição privilegiada para identificar essas evidências, por permanecer mais tempo com o cliente e sua família no período da hospitalização.

Apesar da hospitalização de um modo geral desencadear uma crise no âmbito familiar, a especificidade para esses acompanhantes / familiares está relacionada com o fato dos clientes serem submetidos a um procedimento cirúrgico, o que além de comprometer sua integridade física, refere-se ao coração considerado pelo senso comum como o órgão vital.

Todas as situações de cuidado analisadas nesta categoria em relação às mudanças ocorridas no cotidiano da família podem acontecer com as famílias de clientes em pré-operatório de qualquer outro tipo de cirurgia.

Entretanto, existem alguns aspectos particulares da cirurgia cardíaca, que não ocorrem em qualquer tipo de cirurgia. Quando o cliente interna no período pré-operatório para este tipo de cirurgia, em geral, realiza algum exame específico adicional ou fica sendo acompanhado pela equipe de saúde até que esteja considerado apto para o ato cirúrgico. Isto demanda um período de internação maior.

Em decorrência disto, os problemas que a família enfrenta começam pela dificuldade do acompanhante em conciliar sua permanência no hospital com as demandas dos outros familiares que ficam em casa, principalmente os filhos, e de seu emprego, pela necessidade de alterações de horários ou afastamento temporários. Isto acontece, porque o familiar prioriza o acompanhamento do cliente.

Mas, ao mesmo tempo, o familiar apresenta problemas originados em diversos motivos. Alguns deles são motivos de origens diversas, tais como: os aspectos relativos às perdas financeiras quando o cliente é arrimo da família; os cuidados necessários ao cliente pós-alta hospitalar, na residência. Outros motivos se relacionam às manifestações físicas (cansaço, insônia) ou manifestações emocionais decorrentes da preocupação com a complexidade da cirurgia assim considerada, bem como a possibilidade real de morte do cliente derivada do senso comum relativo ao coração. Estas manifestações são caracterizadas por preocupação, angústia, tristeza, aflição e choro.

Paradoxalmente, o familiar/acompanhante busca preservar o cliente acerca do conhecimento de suas reais condições de saúde, muitas vezes precárias, através de estratégias como esconder dele o seu real estado de saúde, mudar de assunto quando chega próximo ao cliente, desabafar com outras pessoas para poupar o cliente. O uso de tais estratégias tem por finalidade evitar que com o aumento de preocupações, o cliente seja prejudicado e agrave suas condições. Quando acontecem ocorrências que resultam em suspensão da cirurgia, o que é desagradável em qualquer circunstância, para o familiar e os integrantes da equipe de enfermagem, o grande problema é informar ao cliente sobre essa suspensão, de forma a evitar que ele venha a se estressar, comprometendo seu estado geral nesse período.

Por tudo isto, os integrantes da equipe de enfermagem entendem a família como uma unidade que entra em desequilíbrio, se qualquer um de seus membros adoecer. Neste caso, para eles, a família também adoecer.

4.2 Categoria II. Cuidado de enfermagem para os familiares: dimensões objetivas e subjetivas

Esta categoria aborda os cuidados de enfermagem realizados no período perioperatório dos clientes e suas famílias no cotidiano hospitalar. Conforme as observações evidenciaram, as dimensões objetiva e subjetiva do cuidado para as famílias ocorreram durante a realização dos cuidados de enfermagem junto ao cliente hospitalizado. Houve a possibilidade de evidenciar as especificidades dos cuidados de enfermagem para as famílias, e neste caso, um cuidado objetivo e específico, derivado das necessidades de esclarecimentos que estas apresentam quanto aos procedimentos a serem realizados com os clientes e como estes ocorreram durante a realização dos cuidados de enfermagem junto ao cliente hospitalizado.

Neste sentido, as orientações envolveram desde o jejum, a tricotomia, o banho com anti-séptico específico, esclarecimentos quanto à cirurgia, encaminhamento para o centro cirúrgico, incluindo a permanência no centro de terapia cardiointensiva no pós-operatório, além da especificidade para o cuidado subjetivo através do apoio emocional e espiritual para a família. Para fins de análise das categorias, duas subcategorias são apresentadas, a saber: as dimensões objetiva e subjetiva do cuidado de enfermagem.

A dimensão objetiva do cuidado de enfermagem

O principal elemento da etnometodologia encontrado nesta categoria foi a reflexividade, pois os atores sociais esclareceram posteriormente alguns aspectos de suas interações sociais, que não haviam ficado esclarecidos nas sessões de observação. Este ato de reflexão decodificou a reflexividade sobre suas ações, o que estava encoberto, esquecido.

Também foi revelada a indexicalidade, em virtude das expressões indexicais que surgiram em algumas entrevistas, que só podem ser analisadas/compreendidas no contexto da situação.

Um dos momentos mais freqüentes em que as famílias interagem com os integrantes da equipe estava relacionado com as orientações pré-operatórias para a cirurgia cardíaca. Tais orientações eram direcionadas para corrigir as informações distorcidas que os clientes e suas famílias possuíam. Esta categoria inclui também as interações ocorridas durante a realização dos procedimentos técnicos de enfermagem junto aos clientes hospitalizados.

O procedimento cirúrgico é vivenciado pelas famílias com desconhecimento, dúvidas e incertezas. Essas circunstâncias podem gerar insegurança, face ao desconhecimento da anestesia, presença de drenos, sondas, cateteres, receio da dor, medo da perda da integridade física do familiar, e outras ocorrências inesperadas. A segurança emocional do familiar pode se apresentar alterada por fatores como o conhecimento do diagnóstico, a hospitalização e a intervenção cirúrgica necessária. Nesse momento, os integrantes da equipe de enfermagem precisam compreender o que significa para o familiar a hospitalização e o tratamento cirúrgico do cliente.

Durante as observações das situações de cuidado, pode-se perceber que, no cotidiano do ambiente hospitalar, as famílias se apresentam apreensivas em relação ao período peri-operatório que compreende as fases de pré, trans e pós-operatório. Nesse sentido, Hudack e Gallo (1997) consideram que o preparo pré-operatório possui elementos psicológicos e fisiológicos. E explicar os procedimentos para os clientes, o material a ser utilizado, o cenário em que eles irão acordar, a presença de drenos e tubos, de uma certa maneira minimizam a ansiedade do cliente. Essas orientações são importantes, não só para o cliente mas também, para os familiares porque eles compartilham desse momento.

Parte das orientações de enfermagem para o período pré-operatório ocorre durante a denominada visita pré-operatória, para esclarecer aos clientes e seus familiares quanto ao procedimento cirúrgico a que ele será submetido. Ela tem como objetivo esclarecer as informações distorcidas que os clientes e familiares detêm em relação ao procedimento cirúrgico. Entretanto, na instituição em questão, os clientes participam de orientações pré-operatórias

com a equipe multidisciplinar de saúde. Mas, este espaço somente é concedido aos clientes, sendo restringida a participação dos familiares. Acrescente-se que para a equipe que, se o cliente está orientado este terá capacidade para esclarecer eventuais questionamentos de seus familiares.

Mesmo que os clientes participem das orientações pré-operatórias, algumas enfermeiras orientam os clientes e seus familiares durante as visitas pré-operatórias. Assim, as orientações no período pré-operatório mediato são realizadas por enfermeiras e residentes de enfermagem, que atuam nas unidades de internação.

Na situação apresentada a seguir, extraída do diário de campo, a enfermeira orienta a filha da cliente quanto ao pré-operatório:

A enfermeira entra no quarto e diz: “Boa Tarde!” Aproximou-se da cliente que estava deitada e perguntou a cliente se estava tudo bem? A mesma respondeu somente acenando a cabeça afirmativamente. A filha disse para a enfermeira que está achando sua mãe muito triste e por isso, está preocupada. A enfermeira insistiu em falar com a cliente. Mas, a mesma permaneceu calada. Posteriormente, a enfermeira disse: “já que a senhora não quer falar comigo, eu vou falar então com a sua filha.” Nesse momento, enfermeira aproxima-se da filha da cliente e a orienta quanto ao pré-operatório. Ao término das orientações pergunta a filha se tem dúvidas e despede-se das duas (OP SO 25).

Ainda que a mãe não quisesse ouvir as orientações da enfermeira, a filha considerou satisfatórias as orientações da enfermeira:

Mas, mesmo minha mãe não querendo ouvir, ela foi muito educada e me explicou tudo o que seria feito, e foi muito bom! A enfermeira explicou tudo muito claro, o que vai ser feito antes da cirurgia. Ela tentou explicar para a mamãe. Mas, eu não sei porque, ela não deu atenção para a enfermeira. Eu fiquei até chateada e nem entendi essa reação dela. A enfermeira conversou comigo e disse que ela deve estar deprimida (...) que, às vezes, alguns pacientes ficam assim. A enfermeira teve aqui e explicou que a gente não precisa ficar assustada, quando ver a mamãe cheia de coisas no CTI, porque é normal pegarem uma veia no pescoço, para os remédios fazerem efeito mais rápido (...) ela explicou que é colocado uma sonda para os pacientes urinar (...)mas, que isso tudo faz parte. A enfermeira teve aqui e explicou que a gente não precisa ficar assustada, quando ver a mamãe cheia de coisas no CTI, porque é normal pegarem uma veia no pescoço, para os remédios fazerem efeito mais rápido (...) ela explicou que é colocado uma sonda para os pacientes urinar (...)mas, que isso tudo faz parte (EF SO 25).

Para a enfermeira, a finalidade das orientações do pré-operatório de cirurgia cardíaca para a filha da cliente é a de envolver a cliente, mesmo que de maneira indireta:

Orientar por mais que eu não queira, porque (...) fico muito preocupada com o que os pacientes passam. Porque, um conversa com o outro e interpretam de uma forma errada. Então, muitas vezes, eles tem uma idéia deturpada sobre o tubo orotraqueal, sobre sonda vesical. Tudo bem que eles escutem nos corredores dos outros pacientes. Mas, eles devem (...) [receber explicações] porque estão com o tubo orotraqueal, porque estão com acesso venoso profundo no pescoço, porque eles não vão comer, porque vão ficar muito tempo em jejum, [e sobre] como será o pós - operatório (EE SO 25).

Conforme o relato desta enfermeira uma das finalidades da orientação pré-operatória é esclarecer sobre as informações que podem ser distorcidas em relação ao período perioperatório. O ator social revela a sua preocupação quanto às dúvidas dos clientes. Os clientes e familiares, ao se comunicarem com outros clientes, têm acesso às informações distorcidas em relação aos procedimentos a que serão submetidos, no pós-operatório imediato, o que pode contribuir para aumentar seu estresse. A orientação também ocorre pelo fato da enfermeira se sentir cobrada institucionalmente e responsável por este procedimento. Ela fala assim:

Eu acho importante, por que o que acontece [é que] pode ser que amanhã eu não esteja aqui. E aí, a paciente sobe chorando, sobe com prótese, sobe com calcinha. Aí a Enfermagem do andar não orientou. Então, por um lado por isso que eu oriento de não ir com a calcinha com nenhuma fita, porque praticamente eu sou cobrada. Por isso, eu acho que é uma obrigação nossa. Porque, se os pacientes subirem dessa forma eu sou chamada na divisão de enfermagem (EE SO 25).

Á princípio, as orientações são direcionadas para os clientes. No entanto, quando eles se recusam a ouvir as orientações, a equipe de enfermagem direciona as orientações para a família. Um dos motivos pelo qual a Enfermagem insere a família nas orientações, é o fato de reconhecer que ela também tem dúvidas. Outro fator que direciona a equipe de enfermagem para orientar à família corresponde ao fato da mesma ser considerada como colaboradora para o esclarecimento das dúvidas dos clientes. Esse fato torna evidente que a família ainda não é caracterizada como um cliente legítimo da assistência enfermagem, podendo ter suas dúvidas esclarecidas quando

convém a equipe de enfermagem. O recorte da entrevista apresentada a seguir exemplifica este ponto:

Essa paciente estava muito “deprimidinha” e não queria ouvir as orientações, ignorou a minha presença. E por isso, eu orientei a filha (...) Porque, é ela [familiar] quem vai estar a noite com a paciente. Talvez no momento em que ela quisesse me ouvir, não tivesse essa oportunidade (...). Eu não vou estar aqui mais tarde. E posso não estar aqui amanhã. Então eu acho que a filha também tem suas angústias. É uma filha que está acompanhando toda a internação dela. A filha tem todas as angústias por conta da mãe. Por isto, eu acho importante também passar para a família, porque a família também tem dúvidas. E, às vezes, não quer perguntar na frente do paciente. E, às vezes, tem alguma preocupação e não quer perguntar na frente, para [não] deixar a mãe mais preocupada. Principalmente, se o acompanhante demonstrar que está com medo, insegurança. Essa paciente precisa muito de apoio da família. Eu já fui conversar uma vez com ela e estava muito “deprimidinha” muito assustada com a cirurgia. E a família acaba sendo um colaborador nosso, um elo que a gente possa, ter um estímulo para que a paciente possa operar. Então, a família está envolvida com a cirurgia Eu penso que eles devem ser explicados quanto aos procedimentos realizados no trans-operatório como: a punção venosa profunda, o cateterismo vesical. Porque se não depois quando o cliente acorda fica muito assustado e a família também quando for visitá-lo terá um choque ao ver o seu familiar com tantos fios (...) (EE SO 25).

Em outra situação do diário de campo, [a mesma] a postura de alguns clientes ocorreu durante as orientações quanto ao pré-operatório.

A enfermeira chega e cumprimenta: “Bom Dia!” E pergunta a cliente: “Como está?” Ela respondeu que estava bem. No primeiro momento, a enfermeira direciona-se a cliente e diz que fará as orientações para o pré-operatório. A cliente diz para a enfermeira que não quer saber. A enfermeira pergunta o porque, e ela diz que está muito nervosa e prefere não ouvir as orientações. Então, a enfermeira diz que vai orientar o esposo dela. O mesmo aceita ouvir as orientações da enfermeira e, durante o diálogo, faz algumas perguntas em relação aos procedimentos. Ao final das orientações despede-se do esposo e da cliente, que manteve-se deitada e com os lençóis cobrindo todo o corpo (OP SO 3).

O fato da cliente se recusar a ouvir as orientações fez com que o seu esposo ficasse preocupado.

(...) a senhora viu? A minha esposa nem quis ouvir a enfermeira, porque disse que estava nervosa. E quanto mais ela escuta falar da cirurgia, mais agitada fica. Eu estou muito preocupado com ela. Mas, eu acho importante essas informações que a enfermeira deu, porque só assim a gente

fica sabendo o que vai acontecer você [fica] mais preparado, não fica tão perdido (...) (EF SO 3).

Durante as interações sociais do familiar com os integrantes da equipe de enfermagem foi possível perceber a necessidade da família em estar esclarecida quanto ao pré-operatório mediato. Nesse momento, temos o cuidado objetivo atendendo especificidade do cuidado para a família. Este fato ficou claro quanto ao questionamento do familiar em relação à administração do ansiolítico para minimizar a ansiedade da cliente, que estava muito preocupada com a cirurgia. As orientações referentes ao pré-operatório mediato foram posteriormente comentadas pelo familiar, o que demonstra o entendimento das famílias:

A enfermeira falou que ela [a cliente] precisa tomar banho com um sabonete especial e que eles vão trazer. Explicou que vão raspar os pêlos. Eu estava preocupado se ela iria tomar calmante ou não. Mas, a enfermeira disse tudo direitinho e que ela vai tomar um calmante sim (EF SO 3).

Conforme o relato da enfermeira, o esposo da cliente foi inserido no processo de orientação pelo seguinte fato:

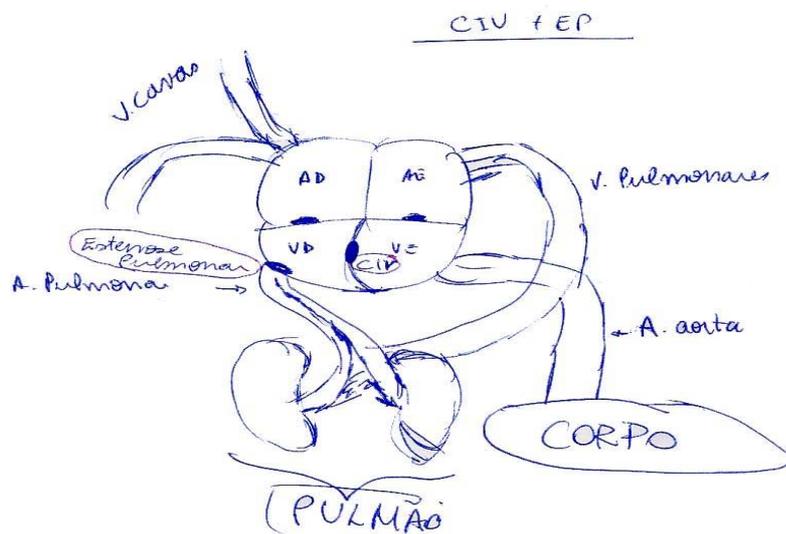
Porque, a paciente simplesmente disse: “eu não quero saber”. Mas, eu não posso deixar de dar as orientações pré-operatórias. E ainda bem que ela não estava sozinha e o esposo dela demonstrou interesse. Então, eu aproveitei e orientei a ele (EE SO 3).

Diante da reação da cliente em não querer ouvir as orientações referentes ao pré-operatório, a enfermeira percebeu que esse fato fez com o familiar ficasse ainda mais preocupado. Por isso, ela considerou que o mesmo também necessitava também de ajuda medicamentosa:

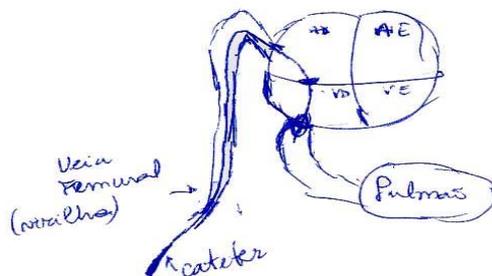
Essa paciente está muito nervosa. Ela já está aguardando a cirurgia a algum tempo. Veio de outro hospital, está muito ansiosa e o marido está preocupado com essa ansiedade dela. Ele logo perguntou se ela vai tomar um calmante essa noite. E eu expliquei que vai. Na verdade, todo paciente na véspera da cirurgia toma um tranquilizante, porque é natural eles ficarem estressados. Mas, o esposo também precisa tomar alguma coisa. Ele já é idoso, e provavelmente está estressado (EE SO 3).

As orientações de enfermagem em relação ao período perioperatório perpassam as três fases da intervenção cirúrgica: o pré, trans e pós-operatório, conforme a situação apresentada a seguir, no diário de campo.

O residente de enfermagem entrou no quarto. A cliente estava sentada no leito e sua mãe na cadeira. O residente disse para a cliente e sua mãe que estava ali para esclarecer as dúvidas sobre a cirurgia, que estava agendada para o dia seguinte. A cliente pede ao residente que a explique como será a cirurgia. O mesmo explicou desde a patologia, o que significa a comunicação intraventricular. Aos procedimentos no trans-operatório. Durante as orientações, o residente considerou a necessidade da mãe da cliente ser orientada perguntando quais as dúvidas dela. O mesmo aproximou-se da cliente e de sua mãe sentando-se numa cadeira no meio das duas. Em uma prancheta e uma folha de papel ofício, ele descreveu desenhando um coração onde assinalou a patologia e o procedimento que a cliente já havia feito, a valvuloplastia por balão, que não teve êxito.



Valvuloplastia Pulmonar por balão



O residente, a todo o tempo, pergunta se ambas estão entendendo a sua explicação. Não utiliza termos técnicos e fala de forma clara para o entendimento das mesmas. Os questionamentos da mãe estavam relacionados com a incisão cirúrgica (É verdade que, para chegar no coração da minha filha, vão cortar o osso com uma serra?), a técnica cirúrgica, o tubo orotraqueal, a utilização de medicamentos no pós-operatório para náuseas e dor e o temor por ser cirurgia cardíaca. A mãe disse ao enfermeiro que sua filha já deveria ter operado desde a infância, mas ela sempre teve muito medo, pois disse que a cirurgia cardíaca é muito perigosa. O residente de enfermagem esclarece que a tecnologia está muito avançada e que o hospital é muito bem equipado e dará tudo certo. Ao terminar as orientações o residente se despede (OP SO 4).

O residente de enfermagem realizou uma explicação sobre a incisão cirúrgica dizendo que:

Para chegar até o coração da sua filha será necessário cortar o osso com uma serra sim, mas ela não sentirá dor, vai estar sob o efeito da anestesia (...) (EER SO 4).

A mãe demonstra o seu entendimento frente os esclarecimentos do residente de enfermagem. Ela avalia a atitude do residente, que abordou não só a cirurgia que será realizada mas, também explicou o procedimento que já havia sido realizado - a valvuloplastia por balão, mas que não teve o êxito esperado. Para a mãe da cliente o fato do enfermeiro ter esclarecido as suas dúvidas, fez com que a mesma entendesse a postura do profissional como um ato de bondade, desconhecendo pois que sendo usuária do serviço de saúde, teria direito a tais informações.

Ele explicou como vai ser realizada a cirurgia, tudo “direitinho”, que vai ser colocado um pedaço do músculo do coração do boi (...). A minha filha perguntou a dor que ela sentiu durante o cateterismo. Ele explicou que era porque, eles estavam tentando desentupir. Mas, como não conseguiram agora vão ter de operar. Mas ele explicou muito bem mesmo, e com calma. Eu ainda agradei a ele pela paciência que ele teve de responder as perguntas que eu fiz. Eu perguntei se ela vai vomitar, perguntei sobre aquele tubo. Ele disse que é importante para ela respirar. Eu perguntei se o tubo era grosso. Ele disse que não, que o tubo é fino, explicou muito bem. Eu perguntei também se eles iriam pegar o coração dela na mão, ele disse que não. Eles vão abrir direitinho só vão trabalhar naquele “pedacinho” do músculo (...). Nossa! Esse rapaz foi muito “bacana” de ter explicado tanta coisa para a gente. Ele tirou as dúvidas da minha filha e as minhas também (...) esse rapaz [residente de enfermagem] foi muito “bonzinho” mesmo, ele até fez um desenho para a gente entender melhor como

será a cirurgia. (...). Ele fez o desenho e explicou “direitinho”, onde passou o cateter dentro do coração. Até ai, nós não sabíamos (...). (EF SO 4).

A realização do procedimento cirúrgico foi questionado pela mãe da cliente, conforme o relato do integrante da equipe de enfermagem. Para atender as necessidades da cliente e de sua mãe, ele esclareceu sobre a patologia e respondeu aos questionamentos, pois:

A mãe da paciente me pediu um esclarecimento de como seria a cirurgia, e a paciente estava junto. A cliente estava muito interessada em como seria isso. Eu tentei mostrar, por meio do desenho como seria isso, tanto como seria o pré-operatório e o intraoperatório e o pós-operatório imediato, que é repleto de dúvidas delas. A cirurgia (...) era uma correção de comunicação intraventricular, com uma estenose pulmonar (...). Eu expliquei como era o coração e deu para perceber que a pessoa não sabia nem como é o coração. Ai, eu mostrei que o coração é dividido em quatro câmaras. E como seria abordada principalmente a cirurgia. Expliquei para ela o que é essa comunicação intraventricular. E a mãe dela perguntou como é que fecha. Eu respondi que o fechamento é feito por pericárdio bovino. A paciente então perguntou se iria tem um pedacinho do coração do boi ? E eu falei que era isso, mas que ele é tratado. Abre a parte do coração depois aquele ponto lá dentro não precisa ser retirado não. O ponto é absorvido, não precisa mais abrir. Conversei com ela a parte da estenose pulmonar e expliquei como seria feito. Ela falou que tentaram fazer um cateterismo, que foi uma valvuloplastia, mas que não deu certo. E ai a gente vê que a pessoa já havia feito um procedimento, mas que não estava esclarecida. Eu mostrei através do desenho como era a valvuloplastia por balão como se chega até o coração. A punção de veia para entrar com a bainha e a paciente perguntou: “foi aquilo que ficou na minha perna? E eu respondi: “é isso que é a bainha?” Expliquei que por ali entra aqueles cateteres que você deve ter visto na sala de hemodinâmica, pendurado em algumas paredes. Então ele via entrando e o médico vai vendo pelo raio x. Então, ele abre o balão até ele tentar moldar a válvula. Foi isso que fizeram com você. A mãe tem uma dificuldade de conseguir entender, porque é uma pessoa muito humilde, pouco esclarecida. Mas, eu acho que ela conseguiu entender (...). Não só a paciente, mas a mãe também tinha muitas dúvidas em relação ao tubo orotraqueal, eu acredito que isso está relacionado com o que eles ouvem pelos corredores. Outro dia eu escutei um paciente dizendo para um acompanhante que o tubo orotraqueal era do tamanho de um cano. E com isso está explicado o pavor que eles sentem do tubo orotraqueal (EER SO 4).

A abordagem cirúrgica mais utilizada para as cirurgias de revascularização do miocárdio, cirurgia valvar e a septoplastia é incisão de esternotomia mediana, na qual o esterno é aberto com uma serra esternal, do

manúbrio até abaixo do processo xifóide. As costelas são afastadas como objetivo de visualizar o mediastino anterior e o pericárdio (FIGUEIREDO, 2004)

A cirurgia cardíaca se caracteriza pela abertura do esterno, através da visualização do coração e possível implante de pontes de veias de safena e artéria mamária ou mesmo para troca valvar, sendo necessária a parada cardiocirculatória na maioria das cirurgias. O coração deve estar imóvel e vazio, e isto só é possível através do uso de uma máquina de desvio cardiopulmonar, que assume a função de oxigenar e promover a circulação sanguínea que é a circulação extra-corpórea (MATTOS, 1997).

Nesse caso, o residente de enfermagem considera relevante a inclusão da família nos cuidados de enfermagem, pois entende que ela é uma extensão do cliente e portanto, uma unidade a ser cuidada. Em sua fala, ele aborda as características dos cuidados de enfermagem que transcendem o cuidado técnico e sua dimensão objetiva. Dessa forma, ele ressalta também a dimensão subjetiva do cuidado. Apesar de reconhecer que as habilidades técnicas são imprescindíveis para desenvolver o cuidado técnico, para ele a dimensão subjetiva do cuidado é mais complexa:

(...) eu acredito que tenho essa atitude porque gosto muito do que faço. E penso que o cuidado está além de verificar uma pressão arterial. E ele é muito mais do que realizar procedimentos, porque eu acho que dar um remédio, qualquer um dá, você chama um faxineiro para dar uma medicação ele vai e dá. Qualquer pessoa aprende a verificar pressão arterial. Por isso, eu acho que esclarecer, dar apoio e confortar também faz parte de nosso cuidado. E a família não pode ser excluída desse contexto. Muito pelo contrário, deve ser expandida para [incluir] o familiar. Então, auxiliar a família a enfrentar esse momento de crise, também é nossa função, ainda que muitos achem que a família é chata e só atrapalha. O enfermeiro precisa ter competência interpessoal, porque não adianta ser só técnico. Isso, em meia hora qualquer um aprende a aspirar. Por isso esse cuidado não é fácil, e deve ser uma conduta do enfermeiro. E isso, é a diferença do enfermeiro (EER SO 4).

O residente, além de fornecer informações, personalizou a dimensão objetiva do cuidado através do desenho que fez, para viabilizar o entendimento do trans-operatório.

A comunicação estabelecida com o cliente e o familiar necessita ser adequada, no sentido de auxiliá-los efetivamente. Nesse processo de comunicação, que é dinâmico, o residente de enfermagem utilizou a

comunicação verbal e escrita para o entendimento da cliente e de sua mãe atendendo, assim, às demandas específicas do cuidado.

A postura deste residente viabilizou a comunicação efetiva pois, verificando os dados sócio-demográficos, especificamente o nível de escolaridade, conforme apresentado na metodologia, dos quinze familiares participantes da pesquisa somente três (20%) possuíam nível de escolaridade superior; sete (46,67%) possuíam nível médio e cinco familiares (33,33%) o nível fundamental Assim, pode ser explicada a falta de percepção da mãe da cliente sobre seus direitos como cidadã ao sentir a afabilidade do residente para consigo. Apesar deste residente considerar o cuidado de enfermagem, para além do desempenho de técnicas, ele mesmo desempenhou cuidado técnico em sua dimensão objetiva, uma vez que a mãe demonstrou ansiedade em relação aos procedimentos.

È elevado o nível de ansiedade dessa clientela, apesar das orientações que recebem da Enfermagem no período pré-operatório acerca dos procedimentos técnicos, principalmente no que se refere à ventilação mecânica e especificamente ao tubo orotraqueal (FIGUEIREDO, 2004). E, após ter sido esclarecida, ela aparentou maior confiança, o que pode ser observado através de gestos comedidos e fisionomia mais tranqüila. Portanto, ao ser esclarecida, evidenciou um considerado efeito benéfico desta orientação.

Outro fato relevante relacionado à interação interpessoal foi relacionado à necessidade de competência interpessoal para estabelecer uma assistência de enfermagem humanizada e efetiva, que pudesse atender às demandas de cuidado dos familiares. Quanto a este tipo de competência, Moscovici (2004, p. 36) a define como sendo “a habilidade de lidar eficazmente com relações interpessoais, de lidar com outras pessoas de forma adequada às necessidades de cada um e às exigências da situação”

Entretanto, no que se refere à categoria profissional dos integrantes da equipe de enfermagem conforme os dados sócio - demográficos apresentados na metodologia, dos quinze participantes do estudo, nove (60%) são técnicos de enfermagem, constituindo-se portanto na maior categoria profissional. Isso significa que os integrantes da equipe de enfermagem que estão mais próximos dos familiares dispõem de pouco conhecimento e recursos de operacionalização para desempenhar o cuidado mais abrangente. Como

conseqüência, a dimensão subjetiva do cuidado, em geral está sedimentada conforme a sensibilidade, experiências e vivências pessoais de cada um, ou seja, fundamentada em suas práticas profissionais desenvolvidas no cotidiano.

Em outra situação registrada no diário de campo, uma enfermeira referenda a inclusão do acompanhante no momento da orientação.

Ao chegar no quarto, a enfermeira direciona-se não a cliente, mas à mãe dela. A mãe estava falando no celular. A enfermeira perguntou a cliente se ela estava muito ansiosa com a cirurgia e se ela conseguiu dormir a noite. A cliente respondeu que não tem como não ficar ansiosa e que foi difícil conseguir dormir a noite toda. A enfermeira explica que está ali para esclarecer as dúvidas, não só da cliente, mas de sua mãe também. Ao terminar de falar no celular a mãe pergunta se a enfermeira já tem idéia do horário da cirurgia dizendo que gostaria de avisar aos familiares. Durante as orientações, a mãe questionou a enfermeira sobre o tempo de permanência no centro de terapia intensiva. Durante as orientações a enfermeira utiliza termos não - técnicos e permanece próxima da cliente e de sua mãe (OP SO 15).

A mãe da cliente se surpreende com o conteúdo das orientações da enfermeira:

(..) eu não imaginava que tinha [tanta] coisa para uma pessoa se preparar para a cirurgia cardíaca. Ela [a enfermeira] explicou que ela [a cliente] vai ter que tomar banho com um sabonete próprio para a cirurgia. Foi muito bom, porque eu trouxe um sabonete líquido. Mas não é esse que ela vai poder usar. Foi muito bom saber disso tudo! (EF SO 15).

As orientações são direcionadas ao preparo físico do cliente, como a necessidade do jejum, tricotomia das áreas do corpo necessária para à realização da cirurgia cardíaca, contribuindo para a prevenção de infecção. Este procedimento é realizado na enfermaria, poucas horas antes de o cliente ser encaminhado para o centro cirúrgico.

O preparo da pele está relacionado à tricotomia e posteriormente, ao banho com o anti-séptico denominado clorexidina degermante. Os clientes são orientados quanto à necessidade de retirar adornos. O familiar é esclarecido sobre a necessidade de levar os pertences do cliente, pois eles não devem permanecer na unidade de internação.

Para a mãe da cliente, a abordagem da enfermeira quanto os esclarecimentos frente as suas dúvidas :

(...) “poxa!” Foi muito bom ela ter vindo aqui e ter dado essas informações (...). É a primeira vez que a minha filha fica internada. E eu, não tinha idéia de quase nada (...) (EF SO 15).

Para a enfermeira, a família também tem dúvidas, que devem ser esclarecidas. A enfermeira considera que a orientação para o familiar também é de sua responsabilidade:

Porque, eu penso que a mãe dela deve ter dúvidas também. Eu acho que é uma responsabilidade nossa, enquanto enfermeiras, de esclarecer não só a paciente, mas a mãe dela também. Por isso eu, quando passo a visita, tenho essa preocupação de orientar não só o paciente, mas a família também à respeito do preparo. Às vezes, a gente não tem idéia de que determinadas informações são importante para a família (EE SO 15).

Durante as interações sociais no cotidiano do ambiente hospitalar, a enfermeira orientou a cliente e a sua mãe para o pré-operatório mediatos; sua fala esclarece que:

(...) por isso, eu falei dos procedimentos necessários que a cliente seria submetida como a tricotomia, a necessidade do jejum para a cirurgia, o banho com a clorexidina, os procedimentos invasivos como o cateterismo vesical e a punção profunda. Para essa paciente não foi necessário. Mas, eu falo quando eles precisam suspender a insulina, o clexane. Oriento que é necessário retirar os pertences, como brincos, presilhas de cabelo, calcinha. Oriento também a levar os pertences para a casa como televisão, porque nós não temos como nos responsabilizar. Falo do tempo que eles vão ficar no CTI [centro de terapia intensiva] (...) (EE SO 15).

Nem sempre a iniciativa para as orientações pré-operatórias é tomada pelos integrantes da equipe de enfermagem. Por vezes, o próprio familiar procura os profissionais para buscar esclarecimentos. Uma situação do diário de campo ilustra esta posição.

A filha do cliente chama a enfermeira, que estava no quarto ao lado orientando outro cliente sobre o pré-operatório. Logo que a enfermeira saiu do quarto ao lado, a filha do cliente perguntou se também teria essas orientações. A enfermeira respondeu que sim e perguntou quais eram as dúvidas da filha. A mesma disse que não sabia quando seria a cirurgia de seu pai, e como ela deveria proceder no dia. Também tinha preocupações quanto ao pós-operatório e quais os cuidados quando retornasse para a enfermagem. A enfermeira esclareceu as dúvidas da filha que, nesse momento, estava em pé no corredor distante do quarto de seu pai (OP SO 8).

Para a filha do cliente, as orientações fornecidas pela enfermeira corresponderam às suas expectativas, pois a mesma estava preocupada sobre como deverá cuidar de seu pai no pós-operatório:

(...) foi bom ter essas orientações da enfermeira, porque para vocês que já estão acostumados a cuidar das pessoas é tudo muito simples. Mas, para nós é muito difícil. Eu fico preocupada como devo fazer depois que ele operar. Eu acho que vai ser tudo mais complicado (...) (EF SO 8).

Confirmando o relato de outros integrantes da equipe, a enfermeira considera que a importância da orientação para a família está relacionada com o apoio do acompanhante nos cuidados com o cliente:

A filha desse paciente me viu orientando a paciente do lado. Foi pedir orientação. Eu ainda não a tinha orientado, porque a cirurgia do pai dela ainda não estava agendada. E eu prefiro orientar quando fica mais próximo da cirurgia (...) Eu acho que a presença do familiar é importante, porque ele ajuda o cliente a ir ao banheiro, alimentar-se. Enfim, ele colabora nos cuidados com o paciente (EE SO 8).

O fato de a equipe de enfermagem considerar a família como colaboradora dos cuidados de enfermagem possivelmente, está relacionado com o caos existente no sistema de saúde. A demanda de clientes excede o número de funcionários necessários para que a assistência de enfermagem seja desenvolvida com qualidade o que, posteriormente irá comprometer a assistência de enfermagem a ser direcionada inclusive para a família, já que ela é necessária para ajudar o cliente durante o banho, auxiliar na alimentação, entre outras necessidades. Neste momento, a família é orientada para atender as necessidades da equipe e do cliente, e não as suas próprias.

A necessidade de ser esclarecida acerca do que, possivelmente, contribui para minimizar a ansiedade vivida nesse momento pela família, surgiu em várias situações. Uma delas foi considerada a partir do diário de campo.

A auxiliar de enfermagem chega no quarto, olha para o cliente, comunica que trouxe o medicamento e vai verificar os sinais vitais. A funcionária realiza os procedimentos. Ao terminar, o cliente disse que daria uma volta no corredor. A esposa do cliente, que estava sentada, pergunta a funcionária os valores da pressão arterial. A auxiliar de enfermagem responde e disse que estava PA = 130X80mmHg. A acompanhante perguntou se a funcionária sabia o tempo que o cliente geralmente permanece no CTI, dizendo que “Eu ainda não fui informada quanto a isso. Será que vem alguém aqui me dizer? A técnica

respondeu. Vem sim senhora! A enfermeira depois vai explicar tudo. A senhora pode ficar tranqüila” (OP SO 14).

A necessidade desta esposa se refere ao esclarecimento sobre a permanência de seu marido no setor onde ocorre o pós-operatório imediato:

Quando aquela moça [auxiliar de enfermagem] esteve aqui eu perguntei se ela sabia por quanto tempo um paciente permanece no CTI, porque eu estou preocupada. Ele também é muito ansioso. E ainda não veio ninguém aqui dar esse esclarecimento (EF SO 14).

Apesar da auxiliar de enfermagem considerar que a família precisa ser assistida, esta necessidade é entendida como estando sob a disposição da Enfermagem. Se o familiar está bem, serve de apoio para manter a ordem normativa do setor. Assim, ele não traz “transtornos” para os integrantes da equipe de enfermagem. Sua fala mostra este posicionamento:

Eu acho que a família tem que ter uma assistência da enfermagem, não só o paciente, que passa por esse momento de ansiedade. Os acompanhantes deveriam ter orientações da equipe de enfermagem [como] explicar sobre a cirurgia e o pós-operatório. Eu vejo que o familiar tem que estar bem emocionalmente, porque se ele não estiver (...) atrapalha a assistência de enfermagem. Porque, um pequeno problema pode tomar uma proporção maior (EAux SO 14).

O pré-operatório imediato demandou orientações às famílias relativas a realização dos procedimentos técnicos pela equipe de enfermagem, para o preparo cirúrgico do cliente, cuidados estes específicos do pré-operatório da cirurgia cardíaca. A situação descrita no diário de campo exemplifica este ponto.

A técnica de enfermagem entrou no quarto do cliente com os materiais necessários para realizar a tricotomia. Explicou para o cliente e sua filha que o motivo de sua presença era prepará-lo para a cirurgia. Para o cliente se sentir mais à vontade, a filha do cliente aguardou no corredor da enfermaria. Antes que a técnica terminasse o procedimento, a esposa do cliente chegou e ajudou a realizar a tricotomia. A funcionária utilizava material elétrico, e a esposa usou um aparelho manual de barbear, e disse que iria ajudá-la. A técnica permitiu a ajuda da esposa. Ao terminar, a técnica encaminhou o cliente para o banho e despediu-se de ambos (OP SO 6).

O fato é que a técnica de enfermagem explicou o procedimento para a acompanhante:

Explicou sim. Ela disse o que estava fazendo. E porque estava fazendo e trouxe um sabonete especial. Avisou que não poderia molhar os cabelos. As pessoas aqui são muito educadas e explicam tudo direitinho. Elas falam de uma forma que a gente entende. Porque vocês tem uma forma de falar de maneira, que só vocês entendem (EF SO 6).

A comunicação foi relevante para a que esposa do cliente compreendesse o procedimento que estava sendo realizado, pois a técnica utiliza uma linguagem clara para se comunicar que permite o entendimento da acompanhante.

Para a técnica de enfermagem, não há outra alternativa antes de iniciar um procedimento:

Eu nem sei iniciar um procedimento, sem antes explicar para o paciente ou seu familiar o que será feito (...) Mostrei a área que eu iria fazer a tricotomia, porque a acompanhante e o paciente perguntaram que parte do corpo seria preciso raspar os pêlos. Eu expliquei que seria o tórax, o braço esquerdo e o direito, as costas e as pernas. Quando eu já estava terminando, a esposa dele me perguntou se eu não queria usar o aparelho que ela havia comprado (...) (ETéc SO 6).

O cliente é submetido aos procedimentos do pré-operatório imediato, tais como a tricotomia e o banho. Para realizar esses procedimentos o integrante da equipe de enfermagem comunica ao cliente e seu familiar. O depoimento da técnica evidencia a importância da comunicação efetiva da equipe de enfermagem com as famílias. A se familiar sentiu esclarecida pelo fato da funcionária não utilizar termos técnicos, o que contribuiu para seu entendimento sobre as áreas do corpo que seriam tricotomizadas.

Em contraposição, outra situação extraída do diário de campo mostra um nível de comunicação menor do que na situação anterior. Alguns integrantes da equipe de enfermagem pensam ser desagradável uma postura mais questionadora da família. Entretanto, os esclarecimentos são necessários não só para o cliente, mas para o familiar, pois ambos ficam ansiosos quanto a realização dos procedimentos. Dessa forma, alguns profissionais ignoram a família durante a realização de um procedimento técnico. A situação desenvolveu-se da seguinte forma:

(...) a técnica de enfermagem entra no quarto para realizar a tricotomia. Ao entrar cumprimenta o cliente e diz somente para ele que irá fazer a tricotomia (...). A esposa do cliente está sentada na cadeira assistindo a televisão. A técnica de

enfermagem inicia o procedimento e a esposa pergunta se a mesma precisa de ajuda. A funcionária diz que não. E continua realizando o procedimento. A esposa permanece no quarto observando a funcionária realizar o procedimento. Ao término ela encaminha o cliente para o chuveiro para tomar banho e fornece o sabão de clorexidina. Deixa o cliente no chuveiro e pede a esposa para avisá-la quando ele [o cliente] terminar (OP SO 9).

A esposa do cliente sente-se insatisfeita diante da postura da técnica de enfermagem, por não ter sido esclarecida pela mesma quanto ao procedimento:

A gente é leiga, e quando já está acostumada a passar por isso tudo, bem. Mas, mesmo com os meus 52 anos, é a primeira vez que isso acontece, (...) dizer ter que ficar de acompanhante num hospital. Você escuta dizer: “fulano traz o aparelho de barbear para raspar os pêlos”. E isso tem no folheto explicativo que a minha colega assistente social deu. Então, a gente fica sabendo mais ou menos, (...) se está raspando, é porque ele já vai subir para operar. Ela não chegou e explicou. Disse apenas: “vamos fazer uma preparação para a cirurgia” (EF SO 9).

A situação apresentada mostra a dimensão objetiva do cuidado realizado. Entretanto, a ausência de exploração da dimensão subjetiva do cuidado, pela falta de comunicação da técnica, gerou insatisfação por parte da esposa do cliente.

A esposa do cliente usa palavras crítica ao falar da insatisfação que sentiu por não ser informada quanto ao procedimento de tricotomia que estava sendo realizado. Para ela, o fato de não ter sido esclarecida contribuiu para aumentar sua ansiedade. De acordo com a sua fala:

Não foi me dito o que seria feito. E sem dúvida, me deixaria menos ansiosa, mais tranqüila. Aí a gente passa a saber o que está acontecendo. Eu estou aqui e não é possível que ela não esteja me vendo ou não me conheça, até mesmo porque eu já estou aqui há dezoito dias, diariamente. É isso faz falta. Eu me sinto como uma “bonequinha”. Não é uma “bonequinha”, é um manequim. (...). Não faz diferença se eu estiver ou não (...) (EF SO 9).

A técnica de enfermagem se posiciona sobre o esclarecimento exclusivo para o cliente, mesmo quando a esposa do cliente oferece ajuda e observa a realização do procedimento:

(...) Eu falo com o cliente, porque é nele que eu vou realizar o procedimento. E por isso, às vezes, eu não comunico ao acompanhante. A gente fica mais preocupada como o paciente,

e se a família pergunta, eu respondo [sobre] o que vou fazer (ETéc SO 9).

De maneira similar, em outra situação do diário de campo, a integrante da equipe se comporta da mesma forma, desconsiderando a presença do familiar .

A graduanda em enfermagem entra no quarto para verificar a pressão arterial da cliente. A mãe estava sentada ao lado do leito da cliente. A aluna pergunta à cliente se está tudo bem e pede a ela que posicione o braço. Ao terminar de realizar o procedimento, despede-se da cliente e sai do quarto (OP SO 16).

Entretanto, a fala, a seguir, evidencia que a mãe, apesar de desejosa de ser informada quanto ao valor da pressão arterial, diz compreender o comportamento da profissional:

Eu gostaria que ela me dissesse o que está fazendo, porque a gente fica sabendo o que está acontecendo e fica mais calma. Mas, eu não gosto de ficar perguntando porque, às vezes, parece que a gente é chata. Eu preferi não perguntar. E moça disse que a pressão estava boa. A gente entende (EF SO 16).

Apesar de ter o direito de ser informada quanto aos procedimentos que são realizados, a mãe da cliente entende o fato de não ser informada sobre o valor da pressão arterial. Ocorre que a mãe desconhece os seus direitos e não tem consciência de que é uma usuária dos serviços de saúde. Esse fato pode estar relacionado com o nível socioeconômico desta família e com a baixa escolaridade. Entretanto, a família deve e tem o amparo legal para ser informada das condições de saúde de seu familiar, bem como participar ativamente deste processo (MARTINS e NASCIMENTO, 2000).

A integrante da equipe de enfermagem diz ser importante informar à família, mas ela se contradiz frente ao comportamento que adotou na situação descrita ao dizer que:

Eu prefiro falar que está tudo normal, que está tudo bem, eu não costumo falar os valores. Acho desnecessário. E para mim, isso é suficiente. Eu não disse, mas eu acho importante, por mais leigo que o paciente seja ou o acompanhante, por mais que ele não tenha conhecimento técnico, ele sempre sabe se a pressão está alta (...) [ou] muito baixa. Ela vai fazer uma operação de risco, mas tem problema. Pelo menos, eu trabalho com pacientes assim. E eu sempre aprendi, não é questão de esconder, mas porque você vai alarmar. De repente, vai tomar outras providências, para deixar tudo normalizado. Porque, não

vai adiantar nada você informar para o paciente que ele está com uma pressão baixa ou alta, ou valores (...) (EGE SO 16).

Os familiares também demonstraram a necessidade de obter informações quanto ao pós-operatório imediato. A situação do diário de campo exemplifica esta necessidade.

A enfermeira orienta o preparo do pré-operatório da cliente para o seu esposo. O mesmo questiona se haverá medicamentos para dor e náuseas no pós-operatório (OP SO 8).

As preocupações mais expressadas foram direcionadas quanto as possíveis reações a dor e episódios de êmese:

(...) fiquei preocupado, porque eu fico com medo dela vomitar e sentir dor (...) (EF SO 8).

No momento das orientações, a enfermeira esclarece quanto as possíveis intercorrências no pós-operatório e busca tranquilizar quantos aos medicamentos:

Eu explico que eles não precisam ficar preocupados, porque vai ter medicação para dor e se tiver vontade de vomitar, também tem remédio (...) (EE SO 8).

A dor no pós-operatório está relacionado com o fechamento do esterno que é realizado através da utilização de fios de aço, sendo preciso uma analgesia satisfatória e potente no pós-operatório imediato. A própria dimensão da cicatriz, muito visível no tórax dos clientes pode ser motivo de preocupação (MATTOS, 1997).

Quanto às expectativas da família em relação ao pós-operatório imediato, Figueiredo (2004, p. 198) afirma que:

A família do cliente em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, vive um verdadeiro drama, um momento delicado e, na maioria das vezes, sem informações e apoio, pois não sabe com ele irá reagir à cirurgia. A presença da enfermeira é importante na tentativa de minimizar esses efeitos dos familiares, fornecendo informações do cliente, explicando a rotina do centro de terapia intensiva, ouvindo suas preocupações e medos sendo, solidária e atenta às suas necessidades.

Para alguns integrantes da equipe de enfermagem, um dos motivos para a família estar inserida nas orientações pré-operatório está relacionado ao fato de ser conveniente para a equipe ter a família orientada e, possivelmente

colaboradora do cuidado. Dessa forma, não existe uma preocupação da equipe de enfermagem em realizar uma orientação especificamente dirigida às necessidades da família. As orientações são realizadas porque há vantagens para a equipe, ou seja, é conveniente para a mesma ter o apoio da família no cuidado do cliente. Esse fato pode estar relacionado com a realidade das instituições de saúde que, em geral, possuem um escasso número de funcionários em relação a demanda da clientela assistida.

A família é responsável pelo cuidado de seus membros, o que é reiterado por Elsen (1994), ao destacar que ela é o primeiro sistema de cuidado. Durante a internação hospitalar de um de seus membros, a participação da família no cuidado reflete a responsabilidade que ela possui para com este membro pois, apesar do familiar não estar em seu lar, geralmente a família assume a responsabilidade do cuidado.

Apesar do cliente ser o centro da assistência de enfermagem, no entanto alguns integrantes da equipe de enfermagem reconhecem a necessidade da família estar orientada por vários motivos. Diante das respostas positivas dos familiares para as intervenções da equipe de enfermagem, as orientações relativas ao pré-operatório podem ser consideradas como uma especificidade do cuidado de enfermagem para a família, apesar dessa especificidade acontecer de maneira circunstancial principalmente quando o cliente não quis participar do processo de orientação. No entanto, mesmo o cuidado sendo técnico com dimensão objetiva, traz benefícios às necessidades de âmbito emocional do familiar.

Confirmando o exposto, alguns integrantes da equipe falam do impacto de suas intervenções sobre os familiares dos clientes. Neste sentido, a enfermeira avaliou a melhora da condição emocional do familiar, ao término das orientações:

Eu achei que ele estava muito nervoso. E no final ele agradeceu bastante, parecia que estava melhor. Porque, no início da nossa conversa ele estava com uma fisionomia triste. Até porque, ele estava muito nervoso. Eu apertei a mão dele para demonstrar que eu estou ali para ajudá-lo, dar apoio, e que é um gesto de atenção, carinho (EE SO 3)

Para a técnica de enfermagem, orientar compreende contribuir para minimizar a ansiedade do familiar, confirmando a posição anterior da enfermeira:

É porque os familiares também ficam preocupados. Se a gente não explicar, eu imagino como eles irão se sentir. Eu acho que ficariam com mais receio da cirurgia. Porque, nesse dia da cirurgia, eles já estão estressados. Então, tudo é motivo. Por isso, eu penso que quanto mais eles estiverem esclarecidos, melhor será (ETéc SO 23).

Outra enfermeira diz desconhecer o quanto a sua atitude colabora para aliviar esse momento de sofrimento da família. Mas, ao mesmo tempo revela sentir que pode fazer algo para ajudar:

(...) eu não sei dizer o quanto isso ameniza o sofrimento da mãe da paciente. Mas, acho que ajuda nesse momento de incerteza que, não só que a paciente está vivendo, mas a própria família (EE SO 15).

Ainda que as orientações referentes ao pré, trans e pós-operatório, tenham apresentado uma localização maior no cliente, o fato do familiar estar orientado teve um efeito benéfico para as famílias. As respostas dos familiares/acompanhantes dos clientes às intervenções da Enfermagem foram positivas, no sentido de atender alguma de suas necessidades. O esposo de uma cliente ficou surpreso com o conteúdo das informações:

Eu fiquei muito satisfeito. Eu nem esperava ouvir tanta coisa. A minha esposa [está] muito triste e não quis saber de conversa. Mas mesmo assim, a enfermeira conversou comigo e eu achei muito bom. Porque, a gente não sabe de nada. E somos pessoas humildes. Então, isso é importante. Ela foi muito atenciosa (EF SO 3).

Para a irmã de outra cliente também não foi diferente. Ela considerou relevante a integrante da equipe de enfermagem ter usado termos que são acessíveis, para explicar o procedimento:

Eu gostei dela ter explicado. Porque, você fica aqui e não sabe de muita coisa. E quando eu não sei, eu pergunto. E eu não sabia porque motivo uma pessoa, quando faz cirurgia cardíaca, precisa raspar os pêlos. E então, eu perguntei a enfermeira e ela explicou. Eu fiquei satisfeita. Ela falou de uma maneira que pude compreender, porque vocês tem os nomes técnicos. Mas, ela explicou muito bem (...) (EF SO 23).

A mãe de outra cliente disse ter sentido sua confiança aumentar, após ter sido orientada pela enfermeira:

Depois que a enfermeira explicou, eu fiquei mais confiante. E isso, deixa a gente mais tranqüila, porque eu confio muito em Deus e estou confiante que dará tudo certo (...) Nossa! Foi ótimo, porque não só a minha filha, como eu também estávamos com muitas dúvidas. E, a gente fica sem saber o que vai acontecer (...) (EF SO 15).

As orientações contribuem para amenizar o sofrimento dos familiares e o estresse que as famílias vivenciam como o processo saúde doença do cliente. Sendo assim, a Enfermagem assiste o cliente e sua família para enfrentar a experiência da doença e da cirurgia.

Conforme Elsen (1994, p. 57), declara que: “a família funciona como uma unidade básica de saúde para seus membros, o que leva a enfermagem a enfrentar um novo desafio de cuidar de quem cuida”. Neste enfoque, as famílias encontradas nas unidades de internação necessitam de quem cuide delas, pois o impacto da cirurgia cardíaca altera a dinâmica familiar, deixando estas famílias sensíveis e necessitando de ajuda o que, às vezes, passa despercebido para a equipe de enfermagem. Ainda Elsen (1994) afirma que, cuidar da família como unidade básica de saúde exige o conhecimento de como esta família cuida-se identificando suas dificuldades e forças, para que o profissional possa assistir a família e atuar de forma a atender as necessidades de seus membros.

A situação do diário de campo apresentada a seguir, mostra a realização de um cuidado, em sua dimensão objetiva para a esposa do cliente.

A técnica de enfermagem comunicou a esposa do cliente que sua cirurgia havia sido suspensa, devido uma cirurgia de urgência. A esposa levou as mãos até a cabeça e disse: “Eu não acredito! Ele vai ficar muito nervoso!”. Apesar da preocupação com o marido, que apresentou dispnéia e tremores, a esposa permaneceu ao seu lado acariciando o seu rosto e segurando-o em suas mãos. No momento em que integrantes da equipe de enfermagem prestavam assistência de enfermagem ao cliente, a esposa afastou-se e pediu a técnica de enfermagem para verificar sua pressão arterial, pois disse que estava com cefaléia intensa. Nesse momento, a técnica pediu para que ela [a esposa] aguardasse, pois iria até o posto pegar outro aparelho. A funcionária retornou e verificou a pressão arterial que estava 120X80mmHg. A esposa agradeceu a atitude da técnica de enfermagem (OP SO 12).

Por ter sido suspensa a cirurgia, não só cliente apresentou intercorrência, como a esposa também quando teve a cefaléia como sintoma

a cefaléia. Diante desta situação, a mesma relata como fez uma solicitação à técnica de enfermagem:

(...) pedi para a técnica de enfermagem verificar minha pressão. E ela prontamente foi e pegou o aparelho e verificou. Fiquei menos preocupada, porque a pressão não estava alta. Eu tenho muito medo de ficar doente também (...) (EF SO 12).

A técnica de enfermagem ao ser solicitada pela esposa do cliente para verificar a pressão arterial dispôs-se a realizar o procedimento, pois reconheceu o seu sofrimento emocional. Ela fez as seguintes considerações acerca do cuidado para a família:

E quando ela me pediu para verificar a pressão arterial eu fui, porque já haviam outras pessoas que estavam cuidando do paciente. E ela, eu acredito que, estava sofrendo tanto quanto ele. Por isso, eu acho que a gente precisa acolher, precisa verificar a pressão sim, se passar mal precisa cuidar sim, independente. Nessa hora, todo mundo é paciente sim, porque ela estava debilitada emocionalmente. Eu acho que o cuidado em enfermagem não é só dar banho, realizar procedimentos, é o apoio emocional também (ETéc SO 12).

Em sua fala a técnica de enfermagem considerou a necessidade de cuidado para a esposa do cliente, ela necessitava de assistência tanto quanto o seu esposo. Mas, deixou claro que prestou cuidado para esposa do cliente, porque já haviam outros integrantes da equipe prestando atendimento ao esposo dela. Isso reafirma a questão de que o foco da assistência de enfermagem é o cliente.

No momento em que foi solicitada, a técnica desenvolveu um cuidado de enfermagem técnico com sua dimensão objetiva junto a esposa do cliente. No entanto, ela foi contraditória à sua fala, pois limitou-se a verificar a pressão arterial da esposa do cliente, a qual não apresentou nenhuma alteração referente ao padrão de normalidade. Entretanto, para o conforto emocional da acompanhante, ela apenas acreditou que a prontidão em verificar a pressão resolveria a questão. Não utilizou nenhum outro recurso para proporcionar um maior acolhimento, nem com gestos ou palavras de conforto para diminuir o estresse da acompanhante.

Apesar da fala desta integrante da equipe estar voltada para um cuidado em sua dimensão subjetiva, suas ações ocorreram estritamente no âmbito da dimensão objetiva do cuidado. Sua ação está relacionada com o modelo

biomédico / cartesiano, que está pautado na assistência direcionada para a patologia. Este modelo dificulta a realização de um cuidado de enfermagem que transcende a presença ou ausência de doenças caracterizando assim, uma visão holística e humanizada da profissão. Frente a este tipo de posição, Celich (2004, p. 22) explica como a evolução da Enfermagem vincula-se aos procedimentos técnicos:

As técnicas de enfermagem constituem as primeiras expressões do saber na enfermagem, sendo utilizadas como parâmetros de qualidade durante muitos anos de história da profissão. No ensino de enfermagem estes procedimentos foram priorizados com as patologias estruturadas no pensamento cartesiano-mecanicista.

Na atualidade, percebe-se a necessidade do resgate do cuidado que explore sua dimensão humana considerando não apenas o aspecto biológico, mas outros aspectos tais como, o afetivo, o espiritual, o social, o cultural e outros, que poderão oferecer uma visão mais integral do cliente, ao considerar também seus sentimentos e suas emoções. E nesse sentido, Cianciarullo (2003, p. 69) afirma que o papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos eficientes. Mais que isso, propõe-se uma ação cuidativa, abrangente que implica, entre outros aspectos, no desenvolvimento de habilidades de comunicação. Deste modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um dos meios a ser utilizado para satisfazer as necessidades da clientela assistida.

As dimensões objetivas do cuidado puderam ser analisadas nesta categoria durante as orientações para o cliente e familiar em relação ao perioperatório de cirurgia cardíaca. Em algumas situações, o familiar / acompanhante é incluído nesse processo de orientação. Ele é incluído, não para responder a uma necessidade da família mas, para responder a uma necessidade do cliente. Neste período, o cliente mostra-se indisponível para ouvir as orientações, em decorrência da crise e do estresse que vive.

Então, o familiar / acompanhante, além de se tornar colaborador nos cuidados de enfermagem, transforma-se em um articulador entre os integrantes da equipe e o cliente. Mais do que isto, sua disponibilidade para assumir o papel do outro no momento das orientações parece ter por base aquilo que ele pensa que pode ganhar em compreensão e perícia para poder apoiar melhor

seu familiar / cliente. Por conseqüência, o familiar / acompanhante reconhece os benefícios desta participação nas orientações para ele próprio enfrentar melhor sua própria crise e seu estresse, o que remete para uma necessidade que ele mesmo talvez ainda não tivesse se dado conta, em ter acesso às informações relativas à patologia e ao período per operatório.

Esta necessidade do familiar / acompanhante de compreender o que se passa com seu familiar / cliente, às vezes de maneira implícita, às vezes de forma explícita, vem de encontro ao comportamento dos integrantes da equipe de enfermagem de promover e praticar o processo de orientação, por uma cobrança institucional. De maneira a reforçar este ponto, os próprios integrantes da equipe consideram que a família é uma extensão do cliente e por isto, ela pode também adoecer e necessitar de cuidados.

As dimensões objetivas do cuidado para o cliente ficam bastante claras, quando os integrantes da equipe realizam intervenções técnicas, tais como: tricotomia, verificação de sinais vitais, oxigenioterapia, administração de medicamentos, banho com anti-séptico específico para o preparo da pele, entre outros. Essas intervenções são preconizadas e esperadas no âmbito de um período pré-operatório. Embora a literatura técnica da Enfermagem, principalmente dos livros - textos, aponte que as orientações também devem envolver os familiares do cliente, eles não referem que essas orientações constituem cuidados de enfermagem para a família, com especificidades próprias decorrentes da área de cirurgia cardíaca. Essas especificidades se encontram em todas as estratégias que os integrantes da equipe podem adotar para explicar / informar sobre a doença cardíaca e as medidas terapêuticas para resolvê-la, no caso da cirurgia.

Dentre essas estratégias específicas, os integrantes adotaram uma comunicação efetiva através de linguagem acessível. Outro aspecto a ser destacado foi a abordagem personalizada implementada através de recursos de intensificação desta comunicação (desenho), para ampliar a capacidade de compreensão dos familiares, acompanhantes e clientes.

É pertinente ressaltar que se torna difícil estabelecer uma fronteira entre as dimensões objetiva e subjetiva do cuidado de enfermagem para esses familiares. Parece correto dizer que estas dimensões ocorrem de maneira articulada, interligada e indissociável. E quando se reflete sobre a prática

desenvolvida pelos integrantes da equipe de enfermagem parece que, por vezes, alguns deles se encontram incapacitados para expressar a dimensão subjetiva do cuidado e por isto, somente desenvolvem a dimensão objetiva.

Não foi possível detectar neste estudo os motivos pelos quais uma minoria dos integrantes mostrou este comportamento. Mas, a literatura destaca que estes comportamentos derivam de dificuldades dos integrantes da equipe em lidar com o sofrimento e o potencial de morte que as situações de cuidado representam para esta área. Os integrantes se refugiam na dimensão objetiva do cuidado, como um mecanismo de defesa contra seu próprio sofrimento, ao lidar com esta clientela - acompanhantes e clientes.

A dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem

Esta subcategoria aborda a presença ou ausência das intervenções da equipe de enfermagem junto às famílias, de acordo com suas necessidades durante o atendimento aos clientes em período pré-operatório. Diante das expectativas que a família vivencia, é possível verificar as necessidades e especificidades do cuidado para essas famílias, em sua dimensão subjetiva. Os depoimentos das famílias e dos integrantes da equipe de enfermagem e as situações que compartilharam durante os cuidados trazem evidências que mostram características dessa dimensão subjetiva do cuidado.

As situações de cuidado mesclam as dimensões objetivas e subjetivas desse cuidado parecendo ter uma natureza indissociável. Mas, as situações apresentadas nesta subcategoria tiveram uma predominância da dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem para os familiares, acompanhantes dos clientes em pré-operatório.

Nesta subcategoria, o principal elemento da etnometodologia encontrado foi a reflexividade, pois os atores sociais refletiram posteriormente e esclareceram alguns aspectos de suas interações sociais, que não haviam ficado claro na sessão de observação.

Outro elemento revelado foi a indexicalidade, pois surgiram as expressões indexicais em algumas entrevistas, e que só poderiam ser analisadas e compreendidas dentro do contexto da situação observada.

As intervenções ou ausência delas ocorreram durante as interações sociais dos integrantes da equipe de enfermagem com os familiares dos

clientes, nas unidades de internação durante a realização dos cuidados de enfermagem. Assim, foram agrupadas as situações nas quais os integrantes da equipe de enfermagem consideraram os familiares como seus clientes.

Em geral, essas situações ocorreram durante a realização dos procedimentos de enfermagem como os clientes mostrando que, para alguns integrantes, se torna necessário ofertar o cuidado de enfermagem para a família, em sua dimensão subjetiva. E as especificidades estiveram relacionadas com as necessidades de apoio emocional e espiritual, considerando os elementos da comunicação/ interação necessários para realizar o cuidado, tais como palavras de conforto, gestos, e esclarecimentos efetivos que contribuíam de forma satisfatória para atender essas necessidades dos familiares.

Durante o transporte do cliente da enfermaria para o centro cirúrgico o integrante da equipe demonstrou um comportamento que buscava tranquilizar não só o cliente, como também sua esposa, conforme podemos perceber na situação extraída do diário de campo e agora apresentada.

O residente de enfermagem entrou no quarto e disse para o cliente que sua cirurgia não seria mais no centro cirúrgico, que iria acontecer ali mesmo. O cliente olhou um pouco assustado, mas a sua esposa logo compreendeu a brincadeira do residente e disse que ela tinha em casa uma “serrinha” muito boa. Nesse momento, todos riram e o residente pegou a maca e transportou o cliente do leito para a maca. Perguntou a esposa se ela gostaria de acompanhar o cliente até o centro cirúrgico. A mesma respondeu que sim. Ao final desejou boa sorte ao cliente e se despediu da esposa também. O transporte para o centro cirúrgico foi realizado por uma auxiliar de enfermagem (OP SO 19).

A princípio, a acompanhante faz comentários positivos quanto a empatia do profissional durante o momento da interação entre residente de enfermagem, cliente e familiar. Refere que essa atitude trouxe benefícios para o aspecto emocional:

Ele [o residente de enfermagem] é uma pessoa muito simpática. Eu gostei da atitude dele, porque naquele momento passa muita coisa ruim pela nossa cabeça. E é bom que você tenha uma pessoa que seja descontraída, porque é, [um] momento difícil de nossas vidas. Logo no início, quando ele falou que tinha uma faca, eu não tinha entendido. Mas depois que eu entendi, brinquei também falando que na minha casa tinha uma serra muito boa (...) Eu acho que essa atitude ajuda

acalmar um pouco, melhora aquele clima pesado (...) (EF SO 19).

O residente de enfermagem explica que o motivo de sua intervenção foi de estabelecer uma relação de ajuda:

Eu acho que quando não é uma cirurgia de urgência, é uma cirurgia eletiva, e o familiar está junto, é sempre bom a gente dar importância a essa questão psicológica, o lado sentimental, brincar um pouco. Lógico [que], depois de você já ter explicado algumas coisas importantes, a gente tenta deixar as pessoas mais relaxadas em relação à cirurgia (...) (EER SO 19).

Nesse momento de interação social no cotidiano de suas atividades, o residente de enfermagem utiliza-se de um instrumento valioso para a comunicação que é a empatia. Nesse momento, o enfermeiro concentra-se em si mesmo e reflete sobre sua experiência, para estabelecer uma relação satisfatória com as famílias. No momento em que assistia o cliente, o profissional também demonstrou a preocupação em interagir com a esposa.

Apesar de alguns integrantes da equipe de enfermagem utilizarem mecanismos de defesa nessa interação dinâmica e complexa com os familiares, o residente de enfermagem interagiu de forma efetiva não só com o cliente, mas com sua esposa também. Ele abordou que o seu relacionamento é amigável, não só com os cliente, mas com os familiares também:

(...) e percebo isso porque eu, graças a Deus, consigo ter um bom relacionamento não só com os pacientes, mas com os familiares também, e sempre converso. E perguntei a ela, e ela disse que estava nervosa (...) Dei alguns esclarecimentos, para que ela se sentisse mais tranqüila. E nesse momento, eu penso, que uma palavra de apoio é importante. E quando eu fiz essa “brincadeira”, ela primeiro me olhou de forma como se não tivesse entendendo nada. Mas depois, ela disse: “se você precisar eu tenho em casa uma “serrinha” muito boa”. Eles riram muito. Eu fiz isso, para que eles ficassem descontraídos, porque aquilo é difícil, não só para o paciente, mas para o familiar também. Eu acho que agindo dessa forma eles ficam mais relaxados, o clima fica menos pesado. Ela compreendeu que era uma brincadeira. Eu pude perceber que ela ficou menos nervosa. Eu perguntei se ela gostaria de acompanhar o marido (...) [com] o transporte para o centro cirúrgico, e ela o acompanhou (EER SO 19).

O residente tece comentários a respeito do seu relacionamento ser satisfatório, não só com o cliente, mas com a família também. Esse comentário possivelmente está pautado, no fato de que a equipe de

enfermagem nem sempre ter um relacionamento interpessoal efetivo com as famílias. Ele ainda considera a necessidade de proporcionar cuidados para a família do cliente. Segundo Wright e Leahey (2002, p.13), “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde”.

Uma outra situação do diário de campo aborda a ausência de intervenção tanto para o cliente, como para os familiares que acompanharam ao centro cirúrgico.

A auxiliar de enfermagem encaminhou o cliente do quarto para o centro cirúrgico. Participaram desse momento do transporte do cliente: a esposa, a mãe, o pai e o filho. Todos os familiares acompanharam o cliente até o centro cirúrgico. Ao chegar no centro cirúrgico, a auxiliar de enfermagem tocou a campainha. Enquanto aguardavam o atendimento pela equipe do centro cirúrgico, os familiares despediram-se do cliente. Ao afastar-se dele, cada familiar posicionou-se recostado na parede e chorou. O cliente cobriu o rosto com o lençol e chorava também. A auxiliar, posicionou-se de costas para os familiares e abraçou o prontuário do cliente ficando de frente para ele. Apesar do choro do cliente e de seus familiares, a integrante da equipe permaneceu em silêncio. Dirigiu a palavra ao cliente desejando boa sorte somente quando a maca foi transportada para dentro do centro cirúrgico. Ao descer de elevador com os familiares, a auxiliar manteve-se em silêncio (OP SO 11).

Frente à postura da auxiliar de enfermagem, a acompanhante entende que ela priorizou o cuidado com o cliente. Mas, considera importante a atenção dirigida para os familiares, nesse momento em que a família encontra-se fragilizada:

(...) eu vi que ela permaneceu de costas. Mas, ela estava fazendo a função dela ao lado do meu marido. Ter o apoio das pessoas sempre é bom e ajuda a gente a superar esse momento de angústia, tensão. O que acontece é que algumas pessoas são mais carinhosas ficando mais próximas. Outras já ficam mais distantes. Mas, em geral as pessoas tratam a gente muito bem, aqui. Mas, eu entendo que naquele momento ela tivesse de ficar ao lado do meu marido (...) (EF SO 11).

A auxiliar de enfermagem comenta a reação emocional expressada através dos familiares do cliente [mãe, pai, esposa e filho] no momento em que o mesmo era recebido à porta do centro cirúrgico:

Percebi que eles estavam chorando. Mas, eu não sabia o que eu poderia fazer. Eu ainda não tinha visto uma família chorar tanto, na porta do centro cirúrgico. E não soube como lidar com a família chorando tanto. É chato essa situação. Eu fiquei até preocupada e não sabia o que dizer. Eu poderia ter dito “não

fique assim! Daquia pouco, ele estará de volta: Vai dar tudo certo”. Acho que eu deveria ter falado alguma coisa para acalmá-los, ou segurar na mão da esposa dele. Mas, eu não soube o que dizer. E por isso, preferi ficar calada (EAux SO 11).

A auxiliar de enfermagem interagiu com os familiares do cliente ainda que estivesse de costas para eles. Essa afirmativa está pautada em Moscovici (2004, p. 33) quando ela diz que: “(...) mesmo quando alguém vira as costas ou fica em silêncio, isto também é interação. Tem um significado, pois comunica algo aos outros. O fato de “sentir” a presença dos outros isto já é interação”.

A auxiliar de enfermagem demonstra em sua fala, a dificuldade em lidar com a reação emocional dos familiares do cliente. O fato dos integrantes da equipe de enfermagem apresentarem dificuldades para lidar com as reações emocionais das famílias é explicado por Beck et al (1999, p. 72), quando ressaltam que:

A emoção, dor e sofrimento dos familiares, manifestados através do choro e do desespero, perturba muito os profissionais de saúde. Na verdade, parece que os trabalhadores de saúde do hospital não sabem como lidar com seus sentimentos, até porque não foram instrumentalizados em suas escolas de formação para tal.

De fato, essas dificuldades na abordagem com a clientela assistida podem ser oriundas do despreparo, devido a ausência de aquisição de conhecimento. Outras variáveis também poderão estar relacionadas com essas dificuldades tais como, o comportamento do próprio profissional, as preocupações, os problemas pessoais, os estados de humor, os interesses, a própria intolerância em acompanhar o sofrimento e a morte do outro, o que nos remete à reflexão sobre nossa própria morte.

Apesar das dificuldades de alguns integrantes da equipe de enfermagem em lidar com as reações emocionais das famílias, outros integrantes da equipe de enfermagem divergiram deste comportamento. O diário de campo ilustra este comportamento na situação a seguir:

a mãe da cliente encontrava-se em pé na porta do quarto. A sua filha havia sido encaminhada para o centro cirúrgico, há uns vinte minutos atrás. Nesse momento, passa a graduanda de enfermagem e observa que a mãe estava falando no celular. A mesma posicionou-se em frente a mãe e perguntou:

“A senhora precisa de ajuda? A mãe disse, com voz chorosa e lágrimas nos olhos: “Eu estou um pouco nervosa, porque minha filha acabou de ir para cirurgia. Estou muito preocupada”. A graduanda perguntou se a mãe estava sozinha. A mesma respondeu: “Estou sim”. A graduanda disse para a mãe que esse tipo de cirurgia [atrioseptoplastia] não costuma demorar muito e que logo a filha retornaria para a enfermaria. E que deve ficar uns dois dias no CTI. A mãe chora e ela pede que a mãe não chore. Após a mãe parar de chorar, a graduanda despede-se da mãe e retorna ao posto de enfermagem (OP SO 18).

Para a mãe, o fato de ter sido ouvida pela graduanda de enfermagem lhe trouxe um alívio, pela relação de ajuda que a funcionária estabeleceu com ela, pois segundo a acompanhante:

(...) ela [a graduanda de enfermagem] apareceu e conversou comigo. Isso foi bom, porque eu estou sozinha e é bom ter com quem desabafar, ter alguém que possa ouvir a gente. Isso alivia um pouco. Ela foi um “doce” de pessoa. Eu gostei muito da atitude dela. Eu agradeço a Deus, por ter encontrado pessoas muito boas. Ela estava preocupada, porque eu estava sozinha. Mas depois, eu consegui parar de chorar e me senti melhor (EF SO 18).

A graduanda considerou a necessidade de abordar mãe no momento em que percebeu sua tristeza ao falar no telefone, pois segundo ela os integrantes da equipe de enfermagem tem também a responsabilidade de cuidar dos acompanhantes:

Depois que a filha foi para o centro cirúrgico eu passei na enfermaria e vi a mãe da paciente em pé na porta do quarto fui falar com ela, que estava falando no celular com voz de choro.[Falei] que a filha já havia ido para o centro cirúrgico, que estava bem, para ela ficar bem também que daria tudo certo, que não demoraria muito para ela [a filha] retornar para a enfermaria. Eu fui falar com a mãe da paciente, porque eu acho que é nossa responsabilidade tranquilizar não só paciente, mas a *família* do paciente também. Já pensou se de repente ela tem um problema cardíaco também, se a gente não tentar acalmá-la, poderemos encontrar maiores problemas. Então, eu falei com a mãe que essa cirurgia [atrioseptoplastia] não demora muito (...) Nesse momento, ela ficou mais emocionada. Eu falei: “Não chora não”. Depois, eu percebi que ela ficou um pouco mais descontraída, porque ela parou de chorar (EGE SO 18).

Neste caso, o cuidado foi dispensado através de palavras de conforto e de gestos de carinho em segurar a mão da mãe, o que segundo a mãe foi importante e agradável naquele momento de expectativa e incerteza.

Uma outra situação de cuidado dispensado à família pode ser destacada do diário de campo:

a técnica de enfermagem chegou ao quarto com a maca. Ela perguntou para a cliente onde estava a sua mãe cliente. A cliente respondeu que a mãe havia acabado de descer para almoçar. A técnica foi ao posto de enfermagem telefonou para o refeitório e pediu para chamar a mãe. E comunicou que a sua filha iria para o centro cirúrgico. A técnica só transferiu a paciente, quando a mãe chegou no setor. Durante o transporte, a mãe manteve-se cabisbaixa. Ao chegar na porta do centro cirúrgico, a mãe ficou distante da filha. A técnica foi até a mãe e disse para que ela ficasse próxima da filha. A mãe como uma fisionomia triste e chorosa aproximou-se da filha. No momento em que se despediu da filha a mãe começou a chorar. Antes de entrar no elevador, a técnica orientou a mãe alimentar-se. Perguntou se tinha algum familiar, para que ela não ficasse sozinha. E [disse] que ela aguardasse a cirurgia na sala de espera, que há próximo do centro cirúrgico. No momento em que mãe chorava, a técnica de enfermagem segurou nas suas mãos e disse para que ela ficasse mais calma (OP SO 17).

Ao se remeter à situação que ocorreu, a mãe da cliente teceu elogios ao referir as ações da profissional:

(...) Ela [técnica de enfermagem] foi muito atenciosa e também carinhosa. Segurou na minha mão, dando apoio. Eu acho que ela ficou tão preocupada que me perguntou se poderia ligar para algum parente meu, para que eu não ficasse sozinha. Porque tem hospitais, que as pessoas nem olham no rosto da gente. Aqui não, a enfermeira veio explicou sobre a cirurgia (...) (EF SO 17).

Para a mãe, ter recebido o apoio da técnica de enfermagem naquele momento de estresse foi considerável foi um alívio para sua tensão emocional, considerando o fato de ela também estava sozinha e não tinha com quem dividir aquele momento.

Conforme a fala da técnica de enfermagem, um dos fatores que contribuiu para a intervenção junto a mãe da cliente foi o seu estado emocional. Outro fator estava relacionado com a complexidade da cirurgia cardíaca. Como estratégia para ofertar o cuidado para mãe, a temática segurou em suas mãos, o que proporcionou uma relação

de ajuda e confiança:

(...) eu expliquei que após a cirurgia viria um médico conversar com ela. (...) Que ela poderia ver a filha. O tempo de cirurgia (...) seria de aproximadamente cinco horas. Esperar e ter idéia de que aquele tempo de demora é normal. É importante que eles saibam que está demorando, mas que faz parte e que essa demora é normal. Ainda disse para a mãe, que ela poderia ir comer alguma coisa e depois retornar para o hospital. Eu fiz isso para que a mãe ficasse mais calma. Não sei o quanto isso de fato ajuda. mas eu acho que diminui a ansiedade, a mãe estava sozinha e isso me chamou atenção, isso me incomodou muito, foi ver que a mãe estava sozinha, pensei. “Se ela tem outros filhos e marido, porque eles não estão aqui dando apoio para a mãe, ou para dividir esse momento.” Por isso, a minha preocupação com a mãe. Então, naquele momento eu já passei a me preocupar mais com a mãe. E por isso, ainda permaneci por um tempo conversando com ela na enfermaria, já que ela chorava tanto. Nesse momento, eu segurei na mão dela e disse: “Confia em Deus, que logo sua filha estará com você.” E disse que daria tudo certo e que o problema estaria resolvido. Perguntei se ela queria que eu ligasse para algum familiar. E disse que não seria bom que ela ficasse só. Ela disse que viria uma comadre. Porque, quem daria apoio a essa mãe? Ela iria ficar chorando sozinha na porta do pós-operatório, aguardando o término da cirurgia. A gente tenta dar apoio. Esse é o nosso compromisso profissional. Mas, eu não sou da família dela. Eu acho que nessa hora era preciso ter ao lado, alguém da família, que mesmo que não fale nada, mas que ela saiba que pode contar, e que está dividindo aquele momento com ela (...)Eu segurei na mão da mãe, porque através dos gestos a gente passa carinho, força, atenção para a outra pessoa. E se fosse comigo eu gostaria que me tratassem dessa forma. Eu não poderia ficar indiferente àquela situação. A mãe estava muito fragilizada. Eu não saberia agir de outra forma, pois lidamos com a vida e a morte. Não podemos agir de maneira fria. E a cirurgia cardíaca, é uma cirurgia que preocupa mais do que as outras (ETéc SO 17).

A fala da técnica de enfermagem expressa a necessidade de intervir com a mãe para restabelecer o seu equilíbrio emocional. Para isso, ela promove um cuidado informando o tempo estimado da cirurgia e, preocupando-se com o fato da mãe estar só, já que sabia da importância que o apoio mútuo dos familiares exerce nesse momento, abordou o aspecto da espiritualidade quando disse para a mãe confiar em Deus. Pensar em termos de espiritualidade é uma comum no momento em que se enfrenta uma doença, pois depositamos nossa crença em um ser supremo. Além dessa preocupação, uma outra forma de intervenção desta profissional foi através do gesto de

carinho que teve ao segurar na mão da mãe. Para a profissional, seus comportamentos, como uma atribuição de sua atividade profissional, originam-se no pensamento sobre como ela gostaria de ser tratada, se estivesse na mesma situação, evidenciando empatia. Compreendendo o toque como reforço do conforto da integrante da equipe, de acordo com a situação analisada, pode-se destacar o que diz Celich (2004, p.53) a respeito

(...) revela-se como uma das dimensões do processo de cuidar, constituindo-se numa atitude, fortalecendo um vínculo proporcionando o cuidador do ser cuidado, uma vez que um dos caminhos para o encontro é aproximação física. (...). As mãos que tocam podem conduzir sentimentos de ternura, afeição, segurança, confiança e proteção, promovendo uma autenticidade e espiritualidade na relação de cuidado.

O cuidado dispensado ao acompanhante ocorreu em outra situação no diário de campo:

(...) a auxiliar de enfermagem encaminhou o cliente para o centro cirúrgico e a esposa dele participou desse momento. Antes de andar com a maca, a auxiliar disse: “Tenha fé em Deus, vai dar tudo certo”. No momento do transporte, todos permaneceram em silêncio. Antes do cliente ser encaminhado para a sala de cirurgia, a esposa foi até ele, lhe deu um beijo e um abraço. A auxiliar de enfermagem também despediu-se do cliente. Ao entrar no elevador, a esposa do cliente chorava. A auxiliar disse: “Fica tranqüila, vai dar tudo certo, tenha fé em Deus”. A esposa disse: “Eu estou muito nervosa. Obrigada” (OP SO 20).

A esposa em sua fala expressa a angústia sentida naquele momento, e as reações emocionais que apresentou:

Quando ele entrou no centro cirúrgico eu fiquei muito nervosa e comecei a chorar. Mas, a funcionária tentou me deixar mais calma, dizendo para eu confiar em Deus. É bom ouvir isso das pessoas e ter esse apoio, porque é muito estressante. Você sente muita angústia. É o medo de perder, é a dúvida: será que vai dar tudo certo? Ele vai se sair bem? Ela foi bastante solidária (...). Eu acho que eles [equipe de enfermagem] fazem isso, para a gente ficar menos nervosa (...) (EF SO 20)

Para a esposa, a ação da auxiliar teve por objetivo, tranqüilizar os familiares. Para ela, essa é uma atitude de solidariedade o que também é considerado uma das características do cuidado de enfermagem.

Com o objetivo de amenizar a tensão da esposa, a auxiliar de enfermagem utiliza como estratégia o conforto espiritual, ao dizer para a cliente

ter fé. Um fato relevante ao promover o cuidado, foi a preocupação da profissional em saber a crença da esposa, considerando o fato de esta ser católica.

Eu tentei deixar os dois mais calmos. Como o paciente e católico, falei para confiar em Nossa Senhora. E que eles tivessem fé, que daria tudo certo. Eu acho que é importante essa recepção da Enfermagem (...) é muito chato você chegar no hospital e as pessoas estarem de cara feia para você, e falar: "A cirurgia é tal hora e pronto e não está nem aí." E nem pergunta se a pessoa está apreensiva, não dá a menor atenção, nem ao familiar. E a pessoa vai passar por um momento difícil. Por isso, eu tentei deixar a esposa mais calma, quando nós descemos no elevador. falando para ela ficar tranqüila (...) (EAux SO 20).

Nesse momento da cirurgia a dor e o sofrimento são sentimentos que estão presentes tanto para o cliente, família e os integrantes da equipe de enfermagem. O período do trans-operatório é uma incógnita para os familiares. Neste momento, a religiosidade se faz presente. As pessoas não sabem o que fazer, nem o que pensar. Buscam ajuda além da equipe cirúrgica, apegam-se a ritos e crenças, depositam toda a sua segurança em um ser supremo, independente da sua crença religiosa (COSTENARO, 2001).

Na situação do diário de campo, a seguir, torna-se a repetir a cena do familiar emocionado mas, procurando, desta vez, se conter quando próximo da cliente.

A técnica de enfermagem encaminhou a cliente para o centro cirúrgico. Ela estava acompanhada pelo esposo. Ao chegar na porta do centro cirúrgico, o esposo foi até a esposa e deu um beijo em seu rosto. Mas, sua expressão facial mostrava o desejo de chorar. No entanto, ele chorou apenas quando a cliente foi encaminhada para a sala do centro cirúrgico. Quando desceu no elevador com a técnica de enfermagem, o esposo chorava copiosamente. Ela perguntou se ele precisava de ajuda para retirar os pertences da enfermagem, se ele estava acompanhado de algum familiar, porque ele poderia chamar alguém para ele não ficar sozinho. A técnica disse para que ele se acalmar, porque daria tudo certo (OP SO 21).

O esposo da cliente julgou positivo o comportamento da integrante da equipe, considerando que ela possuía as características necessárias para um profissional da área da saúde.

(...) Essa moça [técnica de enfermagem] foi muito paciente, porque toda hora eu perguntava se ela sabia a que horas minha esposa iria subir para fazer a cirurgia. Eu não conseguia me controlar, mas é bom que as pessoas demonstrem atenção com a gente, eu acho que ela ficou preocupada, e perguntou se eu estava sozinho, e ofereceu ajuda. Eu gostei do jeito como ela me atendeu, não é sempre que a gente vê pessoas assim. As pessoas que trabalham na área da saúde tem que ter mais paciência, porque elas lidam com o sofrimento humano. É preciso ser sensível, ter calma, saber ouvir e entender o sofrimento das pessoas.(EF SO 21).

A técnica de enfermagem entrevistada para atender a necessidade de cuidado do esposo da cliente que havia sido encaminhada para o centro cirúrgico. Ao refletir sobre sua postura frente à interação com o esposo da cliente durante o transporte para o centro cirúrgico, ela disse:

Ele estava muito nervoso, mal conseguia falar. Eu fiquei até preocupada com ele, perguntei se ele queria ajuda para recolher os pertences, expliquei que ele poderia chamar alguém para lhe fazer companhia, porque no dia que o paciente opera, podem permanecer no hospital até três pessoas, e aguardar o término da cirurgia. Mas, ele mal conseguia falar. Eu falei várias vezes para ele ficar calmo, e disse que daria tudo certo. É muito triste você ficar sozinho num hospital e ficar praticamente sem apoio, sem ter com quem dividir aquela situação difícil. Se fosse comigo, que estivesse entregando a minha mãe, meu pai, meu namorado para uma cirurgia, eu iria gostar de poder contar como apoio de uma enfermeira. Eu coloquei a mão no ombro dele, para tentar proporcionar alívio para a dor da alma que aquele homem estava sentindo, tentar amenizar aquele sofrimento. Não tinha como ignorar aquela situação e fingir que nada estava acontecendo, e que eu já havia feito o meu serviço, que era encaminhar o paciente para o centro cirúrgico. Não poderia agir desta maneira fria. Às vezes, as pessoas nem precisam falar nada, basta um olhar, um toque, que já alivia um pouco o sofrimento. Eu acho que a Enfermagem precisa se humanizar mais. O toque é muito importante e eu acredito no toque. Às vezes, você não está bem. Mas vem uma pessoa e não fala nada com você, mas passa a mão no seu ombro assim. Quer dizer que ela percebeu que você não está bem. Não falou nada. Mas tocou em você e mostrou que ela estava ali. Isso é muito importante. (...) Eu acho que as pessoas não querem se envolver. Mas não tem como a gente não se envolver, não tem como não nós envolvermos. Trabalhamos com o sofrimento dos outros. A não ser que trabalhe numa maternidade, mas que às vezes também tem sofrimento. Ninguém está porque quer, e a gente tem que saber lidar com as pessoas nesse momento difícil da vida delas. Não tem como ser frio. E quando eu digo é em relação não só ao paciente, mas a família também, que vive aquele momento de dor, de medo de perder alguém que ama muito. Se fosse conosco seria da mesma

forma. Quem gosta de perder alguém que ama? Ninguém! (...) E, às vezes, o familiar sai no corredor de uma enfermaria. Ele que encontrar alguém para desabafar, ter mais esclarecimentos. Enfim, alguém que lhe possa dar apoio, até mesmo ouvi-lo (ETéc SO 21).

A técnica de enfermagem considerou a necessidade de intervir, ou seja, cuidar da angústia que este acompanhante nesse momento de angústia estava enfrentando. Considera importante utilizar o toque para aliviar o indivíduo do sofrimento emocional, por seu efeito benéfico. Mas, no entanto não utilizou esse recurso para ofertar o cuidado ao acompanhante, embora este tenha demonstrado uma capacidade para empatia.

Os integrantes da equipe, atores nas situações apresentadas se preocuparam em direcionar o cuidado que explorou tanto as dimensões objetivas, como as subjetivas. Quando o cuidado ocorreu, eles buscaram atender as especificidades do cuidado de enfermagem para as famílias dos clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Por outro lado, um dos atores sociais considera alguns entraves para a realização do cuidado de enfermagem para as famílias, identificando-os no número reduzido de funcionários, no hospital e na extensa carga horária de trabalho. Esse é um fato da realidade do sistema de saúde. Mas, ainda assim, o integrante da equipe valoriza uma intervenção, mesmo que o tempo despendido seja mínimo. O relato da depoente, a seguir ressalta:

O número reduzido de funcionários para uma grande quantidade de pacientes, carga horária pesada. Mas, às vezes, dar um minuto de atenção faz muita diferença. E para mim, não só o paciente está sofrendo naquele momento. O familiar também está (ETéc SO 21).

A técnica de enfermagem tece comentários a respeito da realidade caótica acerca da saúde que ocorre no país, o que acaba por comprometer a assistência de enfermagem. A responsabilidade da enfermeira no cuidado dessa clientela existe, pois além de ter um conhecimento científico, deve ter a sensibilidade para amenizar os momentos de ansiedade, angústia e estresse vividos pelo paciente e sua família.

Para que o cuidado ocorra em toda a sua plenitude, o cuidador deve expressar conhecimento e experiência na realização das atividades técnicas, na prestação de informações e na educação ao paciente e sua família,

adicionando expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade (WALDOW, 2001).

Cabe enfatizar que, apesar da escassez de referências na literatura sobre o assunto, os outros integrantes da família também são importantes e devem estar incluídos ao lado do paciente na clientela a receber esse cuidado.

A família, como parte essencial do cuidado de enfermagem, é algo inquestionável. As enfermeiras freqüentemente estão envolvidas com as famílias durante suas fases de sofrimento e assim, têm a oportunidade única de estabelecer a diferença na experiência e em seu sofrimento. No entanto, são muitos os obstáculos no caminho daqueles que se dispõem a ajudá-la (GUALDA e BERDAMASCO, 2004).

Na assistência, a equipe de enfermagem tem papel fundamental, pois é ela quem permanece na unidade durante as 24 horas do dia, durante todo o período de internação destes indivíduos e em contato direto com o sujeito hospitalizado e sua família. Nesse momento, a família necessita de orientações específicas e, além disto, ela espera atenção dos integrantes da equipe de enfermagem. A comunicação terapêutica e a compreensão representam um apoio para enfrentar o mundo do hospital. Para desenvolver o cuidado de enfermagem para as famílias, os integrantes da equipe de enfermagem devem refletir sobre interações sociais com as famílias, adquirindo meios para assisti-las.

As situações de cuidado analisadas sob o ponto de vista das dimensões subjetivas do cuidado apresentaram as manifestações emocionais dos familiares / acompanhantes. Elas foram evidenciadas com mais freqüência no momento em que os familiares acompanharam os clientes durante o transporte para o centro cirúrgico e no retorno do familiar para a enfermaria.

Para os integrantes da equipe de enfermagem, o fato de ter a presença do acompanhante nesse momento do transporte para o centro cirúrgico, contribui para a melhora do estado emocional tanto do cliente, como do próprio familiar. Pensam ser bastante benéfico para os clientes que estão indo para o centro cirúrgico ter alguém de quem gostam, que é o familiar / acompanhante.

Entretanto, parece que os integrantes da equipe desconsideraram parcialmente as suas próprias capacidades e habilidades para dar apoio, confortar, amparar estes familiares / acompanhantes.

Este ponto ficou evidente, durante e após o transporte do cliente para o centro cirúrgico, quando alguns integrantes da equipe de enfermagem agiram junto aos familiares com palavras de conforto, ânimo, além de gestos e toques estabelecendo assim, uma relação de ajuda. No entanto, outros integrantes da equipe apresentaram dificuldades em intervir junto aos familiares neste momento. Nesta dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem, surge novamente a reação de defesa dos integrantes para evitar o próprio sofrimento decorrente do potencial de morte implicado nas situações de cuidado na área de cirurgia cardíaca.

As manifestações encontradas na dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem se originam na sensibilidade e disponibilidade dos integrantes da equipe expressadas através de palavras confortantes, gestos carinhosos e toques de reforço, que podem também ocorrer em outras áreas de cirurgia. Entretanto, é possível identificar as especificidades do cuidado nesta dimensão, considerando talvez, a maior frequência das manifestações dos integrantes da equipe em resposta à crise e o estresse em que vivem de maneira vívida e também freqüente os familiares / acompanhante.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que este estudo tem uma inspiração etnometológica, é pertinente analisar como seus elementos constituintes surgiram no âmbito desta investigação, até mesmo porque eles são necessários para a identificação dos etnométodos característicos desta abordagem sociológica. Assim, os elementos reflexividade, indexicalidade ou indicialidade, descritibilidade, noção de membro e filiação serão retomados e considerados agora.

A reflexividade é a mantenedora da ordem social e proporciona a sua compreensão (PORTO e ESPÍRITO SANTO, 2006). Neste estudo, a ordem social existente nas enfermarias de cirurgia cardíaca foi entendida através da reflexividade dos atores sociais, uma vez que este processo de significação social levou à sua compreensão sobre as características desta ordem como uma produção local. Assim, foi possível explicar as regularidades e a racionalidade desta ordem e seus modelos.

Os atores sociais do estudo pensaram sobre as próprias regras espontaneamente produzidas e esquecidas (“inconscientes”) aprimorando-as de acordo com o desejado, esperado nas atividades práticas (situações de cuidado). Esta reflexividade possibilitou as descrições do social que se tornaram partes constitutivas daquilo que descreveram. As atividades da vida diária (situações de cuidado) produzidas e administradas pelos membros do grupo (atores sociais do estudo) tornaram-se idênticas aos procedimentos adotados por eles para tornar descritíveis tais atividades.

Neste estudo, a indexicalidade ou indicialidade se formou a partir das expressões indexicais que surgiram nos diálogos e falas de familiares / acompanhantes e integrantes da equipe de enfermagem. Essas expressões somente tornaram claro o significado, quando foram consideradas dentro do contexto em que surgiram. Assim, tornou-se necessário apresentar essas expressões, a frequência em que apareceram e ao que estavam associadas.

Embora, segundo Porto e Espírito Santo (2006), as expressões indexicais possam ser exemplificadas pelas palavras *isto*, *eu*, *você*, neste estudo, outras palavras foram identificadas como expressões indexicais. Algumas delas possuíam originalmente um significado próprio mas, apesar

disto, neste estudo elas somente se tornaram compreensíveis, quando ao considerar o contexto em que foram utilizadas (por exemplo, as palavras cirurgia, medo, coração, casa). Em outras palavras, mesmo tendo um significado próprio, apresentavam uma não - completude natural, aproximando-se do sentido das expressões indexicais originalmente apontadas no âmbito da etnometodologia (por exemplo, as palavras sofrer, preocupado, explicar, nervoso).

As expressões indexicais mais freqüentemente encontradas nas falas dos atores sociais do estudo foram:

1. Cirurgia / operação / cirúrgico / centro cirúrgico/cirurgia cardíaca (f = 35): estas expressões indexicais apareceram associadas a um segundo procedimento cirúrgico cardíaco, ao procedimento técnico de enfermagem, à preocupação com a filha, irmã / cliente, à complexidade / seriedade da cirurgia, à suspensão da cirurgia, ao acompanhamento indireto do ato cirúrgico, ao episódio de insônia da esposa / familiar na véspera da cirurgia, ao sofrimento da mãe / acompanhante em relação de sua filha / cliente, desfecho da cirurgia ou à possibilidade de fracasso do ato cirúrgico resultando em morte do familiar / cliente, ao significado atribuído ao coração (local de realização da cirurgia) que assusta o familiar / acompanhante, à sobrevivência financeira da família, à preocupação com o pós-operatório tardio (no domicílio), e ao transporte do cliente para o centro cirúrgico acompanhado pelo familiar.
2. Preocupada / preocupado / preocupação (f = 30): a preocupação expressada vinculou-se a vários aspectos, tais como cirurgia, casa, familiares / filhos, cliente.
3. Explicar / explico / explicado / explicados (f = 19): essas expressões indexicais foram associadas aos esclarecimentos dos familiares quanto aos procedimentos técnicos da Enfermagem e da cirurgia realizados no perioperatório. Dois outros grupos de expressões indexicais estavam associados ao grupo de expressões em foco reforçando a natureza do esclarecimento (orientar / oriento / orientei f = 11; informações - f = 2)

4. Medo (f =14): essa expressão indexical esteve associada à perda de pessoas ou do sustento da família da invalidez, medo da cirurgia e do pós-operatório devido aos procedimentos específicos deste período.
5. Coração (f=13): essa expressão indexical aparece associada à da cirurgia; ao desfecho incerto da cirurgia, aos procedimentos do perioperatório.
6. Casa (f = 12): essa expressão indexical esteve associada ao afastamento prolongado de casa e às diferenças dos ambientes de casa e do hospital.
7. Nervosa / nervoso (f = 12): esta expressão indexical esteve associada tanto ao familiar / acompanhante, como ao cliente. Três outros grupos de expressões indexicais estavam associados ao grupo de expressões em tela, umas antecedentes (estressada / estresse - f = 9); e outras conseqüentes (choro / chorando - f = 8); assusta - f = 7).
8. Calma / atenciosa / “doce” de pessoa / sensível / carinhosa / “bonzinho” / “bacana” (f = 11): essas expressões indexicais foram associadas aos integrantes de enfermagem pelos familiares, ao se reportarem aos comportamentos expressados pelos mesmos, durante as orientações do perioperatório, a realização de procedimentos técnicos, quando os integrantes da equipe estabeleceram uma relação de ajuda com os familiares.
9. Sofrimento / sofrer / sofre (f = 10): essas expressões indexicais apareceram associadas ao período em que o familiar acompanha o cliente e à avaliação dos integrantes da equipe sobre esse mesmo momento.
10. Tranquilo / ficar tranquila / satisfeita / confiante / calma (f = 9): essas expressões indexicais foram utilizadas pelos familiares para expressar o efeito positivo sobre eles dos esclarecimentos quanto ao perioperatório, e também à relação de ajuda estabelecida pelos integrantes da equipe de enfermagem no momento em que os familiares apresentaram manifestações emocionais.

11. Ter fé em Deus / confiar em Nossa Senhora / ter fé / dará tudo certo (f = 8): essas expressões indexicais foram utilizadas pelos integrantes da equipe de enfermagem no momento em que os familiares apresentaram manifestações emocionais, durante o transporte para o centro cirúrgico e/ou no retorno do familiar para a enfermaria.

Outras expressões indexicais apareceram com menor frequência. Mas, ainda assim, elas apresentam relevância por se constituírem em referências para os integrantes da equipe de enfermagem possam identificar as necessidades da família. Assim, tais expressões indexicais foram as seguintes:

12. Filhos / crianças (f = 5): essas expressões indexicais surgiram associadas à preocupação do familiar / acompanhante ou com filhos / crianças deixados em casa ou com as filhas hospitalizadas.

13. Morte (f = 5): essa expressão indexical apareceu associada a uma possível consequência da cirurgia. Um outro grupo de expressões indexicais estava associado à expressão em foco no sentido de um possível sentimento de morte (perda / perder - f = 2).

14. Perceber / perceba / percebesse (f = 4): essas expressões indexicais foram associadas à preocupação do familiar / acompanhante de que seu familiar / cliente pudesse identificar a crise pela qual estavam passando. Dois outros grupos de expressões indexicais estavam associados ao grupo de expressões em foco reforçando a natureza de proteção em relação ao cliente (não demonstrar / fingir - f = 2; acalmar / proteger - f = 2).

A noção de membro e filiação neste estudo foi relacionada, na Categoria I. Mudanças no cotidiano das famílias decorrentes da hospitalização, a dois grupos sociais submetidos a interações sociais constantes - o familiar / acompanhante, como representante do grupo social denominado família e os integrantes da equipe, como representantes do grupo social denominado Enfermagem.

À medida que os familiares / acompanhantes, como pessoas que se agregaram ao grupo social Enfermagem, interagiram com os integrantes da

equipe, passaram a compreender e reconhecer gradativamente a linguagem própria, natural da profissão. Estes aspectos relativos à linguagem natural da Enfermagem foram encontrados na Categoria II. Cuidado de enfermagem para famílias: dimensões objetivas e subjetivas.

Esses familiares / acompanhantes foram se apropriando da linguagem do grupo socioprofissional - Enfermagem e assim, puderam iniciar um processo de filiação a este grupo desenvolvendo parcialmente as competências necessárias à manutenção compreensão da ordem social nas enfermarias. Embora o período de permanência dos familiares / acompanhantes neste cenário social seja considerado longo, em comparação com períodos de internação em outros cenários cirúrgicos, não é possível afirmar que eles se tornaram membros do grupo social Enfermagem.

Mas, ao longo do estudo, pode-se rastrear uma evolução deste familiar / acompanhante de uma posição de membro da família para uma posição de membro da família no hospital. Esta nova posição como membro possibilitou a esse familiar dominar parcialmente a linguagem usada nas práticas diárias das enfermarias, um requisito essencial para que ele compreendesse as interações sociais existentes.

Esta avaliação de uma filiação parcial dos familiares / acompanhantes como membros iniciantes e temporários do grupo social Enfermagem pode ser explicada, pois o processo de filiação como membro do grupo implica o domínio de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades que tornam a pessoa capaz de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que a cerca (PORTO e ESPÍRITO SANTO, 2006). Isto implica um tempo maior de interação com o grupo, num determinado cenário social.

A descritibilidade foi constituída pela equivalência existente entre a realidade e descrição da realidade constituída pelas situações de cuidado e os diálogos e as falas sobre elas. Os atores sociais do estudo, ao viverem as circunstâncias práticas de seu cotidiano e falar sobre elas, o fizeram sem distinção - viver e falar foram consideradas uma mesma operação. Isto foi mostrado de maneira particularmente marcante nas entrevistas, quando os atores viveram novamente falando.

Neste caso, a descritibilidade se apresentou como reflexiva pois, permitiu a descrição de atividades práticas (situações de cuidado) e suas

circunstâncias (características das situações de cuidado) como parte das próprias atividades. Também se apresentou como racional, pois a descritibilidade foi metodicamente produzida tornando as atividades práticas (situações de cuidado) inteligíveis podendo ser descritas e avaliadas pela sua racionalidade.

Assim, a convivência foi possível à medida que, tanto os familiares / acompanhantes, como os integrantes da equipe de enfermagem puderam construir uma apresentação de si mesmos e se auto-organizaram falando o que queriam significar para uns e outros. A descritibilidade se instalou, pois os familiares / acompanhantes e integrantes da equipe aceitaram construir um interesse comum permitindo o estabelecimento do sentido de ordem social nas situações de cuidado, ou seja, uma normalidade que implicava esforços de ambas as partes para que o resultado da hospitalização e cirurgia do familiar / cliente chegasse ao melhor resultado desejável - sua recuperação e seu retorno à família em boas condições de saúde.

As especificidades dos cuidados de enfermagem para as famílias puderam ser analisadas no estudo através das dimensões objetivas e subjetivas dos cuidados de enfermagem. Para detalhar as especificidades do cuidado, é necessário apresentar uma síntese dos resultados do estudo para analisar suas bases.

Por conseguinte, a cirurgia no coração do familiar / cliente remete a possibilidade de perda / morte entendidas assim, pelo familiar / acompanhante. Ao lado disto, o acompanhante vivencia sentimentos e/ou situações, às vezes, conflitantes:

- deve acompanhar seu familiar / cliente convivendo com o afastamento de casa e/ou trabalho, preocupando-se com os filhos / crianças, quando os/as têm;
- apresenta medo e conseqüentemente fica estressado / nervoso tentando lidar com isto através do choro ou desabafo com outras pessoas incluindo os integrantes da equipe;
- tudo isto, o leva a sofrer, ao mesmo tempo em que tenta não demonstrar para seu familiar / cliente o que passa fingindo para acalmá-lo e protegê-lo;

Ao atender as necessidades apresentadas pelo familiar / acompanhante, os integrantes da equipe de enfermagem:

- são considerados calmos, atenciosos, sensíveis; entretanto, alguns integrantes apresentam reações de defesa que aparentemente os afastam de um contato mais próximo e pessoal com o familiar / acompanhante e também do familiar / cliente;
- além de desenvolverem atividades esperadas em quaisquer enfermarias de pré-operatório, no âmbito da dimensão objetiva do cuidado explicam, orientam e fornecem informações;
- estão disponíveis e são acolhedores através de manifestações gestuais e toques, e palavras de conforto incluindo aspectos relativos à espiritualidade, ao expressarem a dimensão subjetiva do cuidado de enfermagem.

Neste estudo, persiste a falta de consenso sobre o lugar da família durante a hospitalização de um de seus familiares. Quase todas as vezes, o cliente é o foco da assistência e quando se pensa no cuidado de enfermagem para a família, busca-se obter a sua colaboração nos cuidados de enfermagem para o cliente, desconsiderando sua fragilidade e a crise que se instala na dinâmica familiar. Tal pensamento pode ser comprovado ao atentar que a necessidade de cuidado para a família sempre esteve relacionada ao restabelecimento do cliente, apesar dos integrantes da equipe reconhecerem a família como extensão do cliente, mas com necessidades próprias, o que mostra uma contradição.

Assim, ainda que a família seja um cliente legítimo da Enfermagem, sua assistência específica ainda não é considerada um fato nas instituições de saúde. Muitas vezes, a família fica à margem e restringida pelas normas hospitalares, que não facilitam seu engajamento na assistência ao seu familiar / cliente, nem sua validade como clientela para a Enfermagem.

No entanto, a Instituição em questão apresentou um diferencial. Neste aspecto, os integrantes de sua equipe de enfermagem mostraram que é possível desenvolver cuidados de enfermagem com especificidades para familiares / acompanhantes de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca, em suas dimensões objetiva e subjetiva. Ainda que ele não ocorra de maneira sistematizada e institucionalizada, acontece no cotidiano da

hospitalização mediante as interações sociais mantidas pelos integrantes da equipe de enfermagem com os familiares / acompanhantes dos clientes.

Acrescente-se que, se a Instituição fizesse um investimento em processos de educação permanente de seus profissionais direcionados para uma assistência específica das famílias de seus clientes a partir do entendimento de que os familiares de clientes internados também são clientes institucionais, esta política institucional poderia ser implementada mais rapidamente.

Por outro lado, também é preciso destacar que nem todos os integrantes da equipe de enfermagem evidenciam que sabem lidar com suas questões internas, o que pode e certamente os leva a enfrentar o estresse e o sofrimento no trabalho que os desgasta podendo chegar até o adoecimento. Neste sentido, investimentos institucionais poderiam disponibilizar para os integrantes da equipe espaços de acolhimento profissional - grupos de discussão de casos e outros aspectos profissionais específicos, grupos de expressividade afetiva e outros tipos de estratégias, nas quais eles pudessem expor as defesas que constroem contra o sofrimento. Alguns destes grupos deveriam ter o acompanhamento de profissionais especializados para lidar com estes conteúdos. E , dessa forma, outros grupos poderiam funcionar tomando por base as iniciativas dos próprios integrantes da equipe de enfermagem.

Por outro lado, em outro âmbito de ação, para que de fato a família seja considerada uma clientela para a Enfermagem, será necessário rever alguns aspectos relativos ao conteúdo de disciplinas que contemplem a família, no curso de graduação em enfermagem. Esta revisão de conteúdos curriculares deveria estar baseada em resultados de pesquisas sobre a família, principalmente aquela cujos familiares acompanham clientes durante sua hospitalização. Isto porque, em geral o cuidado de enfermagem para a família nestes cenários ainda é incipiente.

Apesar da necessidade de se dispor de disciplinas que contemplem o cuidado de enfermagem nessa área, o estudo identificou que a classe dos integrantes da equipe de enfermagem que está mais próxima de familiares / acompanhantes são os técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, estes profissionais são supervisionados por enfermeiras. Neste sentido, a líder da

equipe deve obter / ter conhecimentos acerca dos cuidados de enfermagem para a família em sua especificidade.

Desta maneira, o cuidado pode se tornar mais humanizado e relevante para a assistência de enfermagem. No entanto, é importante ressaltar que esse cuidado humanizado não poderá estar permeado apenas de carinho e bondade, como características pessoais dos integrantes da equipe. É necessário que ele seja um cuidado fundamentado no conhecimento científico e sistematizado através de modelos de prestação de cuidados e do processo de enfermagem, considerando-se a busca de cientificidade da Enfermagem.

Por último, persiste a necessidade de se considerar a natureza incompleta de qualquer investigação incluindo este estudo. Neste sentido, outras investigações sobre a natureza do cuidado para familiares que se engajam no cotidiano hospitalar, ao acompanhar seu cliente internado poderão também contribuir para a elucidação de outros aspectos não abordados neste estudo ou apenas dispostos no texto, sem qualquer aprofundamento.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Magda. **Como escrever Teses e Monografias** - um roteiro passo a passo. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ALMEIDA, M.C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALTHOLFF, Coleta Rinaldi; ELSEN, Ingrid; LAURINDO, Alessandra C. Família: foco do cuidado na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v.7, n 2, p., 320-7, maio/ago, 1998.

AMORIM, Sebastião L.; OLIVEIRA, Euclides B. de. **Separação e Divórcio Teoria & Prática**. 6.ed. São Paulo: Livraria e Ed. Universitária de Direito, 2001.

ANDRADE, Paulo José de. **A Especificidade no Cuidado: Ações do Enfermeiro no transoperatório de cirurgia cardíaca**. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2002. _ Dissertação de Mestrado.

ÂNGELO, M. Com a família em tempo difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997.

ÂNGELO, M.; Wernet, Monika. **Mobilizando-se para a família**: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo v.37, n1, p 19-25, março, 2003.

ARAÚJO, Analice Pereira de. **A Família frente ao Pós-Operatório Mediato de Cirurgia Cardíaca Infantil: Perspectivas para o saber da Enfermagem Pediátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

ATKINSON, Lesie D. ; MURRIA, Mary Ellen. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AVELINO, Fernanda Valéria Silva Dantas. **A Enfermagem e os familiares de Clientes na UTI: a busca de parceria através de uma relação solidária**. 1999 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1999

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Livraria Martins, 2004.

BECK, Carmem L. C.; DENARDIN, Maria de Lourdes; GONZALES, Rosa M. B. **Cenários de Cuidado** – Aplicação de Teorias de Enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999.

BERLO, David K. **O processo da comunicação**: introdução à teoria e a prática. 9.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BEEVERES, D. Gareth; MAACGREGOR, Graham A . **Hipertensão na prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BELLUOMINI, Andreza Silva, TANAKA, Luiza Hiromi. **Assistência de Enfermagem no pré-operatório de cirurgia cardíaca**: percepção dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Revista Nursing, v.65, n.6, p.21-24,outubro,2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRAILE, Domingo Marcolino; GODOY, Moacir Fernandes. **História da Cirurgia Cardíaca**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 66, n. 6, p. 12-20,Jan/fev,1996.

BRAGA, Juliana; CASTAIGNE, Alain.O CORAÇÃO sem mistérios. **Revista Scientific American Brasil**. n.7. São Paulo: Ediouro, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1998.

_____. **Portaria MS/GM nº 280, de 7 de abril de 1999 Art 1º** Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.

BRUNNER, L.S., SUDDART, D.S. **Enfermagem Médico – Cirúrgica** _ 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BURD, Miriam; MELLO FILHO, Júlio de. **Doença e Família**. 1º ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BUSTAMANTE _ EEDQUÉN, S. A Família e a Enfermagem: do saber (In) **Comum ao saber acadêmico do cuidar/ cuidado familiar**. 2000. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ,Rio de Janeiro, 2000 _

CACCAVO, Paulo Vaccari; Carvalho, Vilma de. **A arte da enfermagem efêmera, graciosa e perene**. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN, 2003.

CANNETTI, E. **Massa e Poder**. São Paulo: Companhia de Letras, 1995.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, Vilma de. Sobre Construtos Epistemológicos nas Ciências _ uma contribuição para a enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11,n. 4,p. 420-8, jul/ago,2003.

CARVALHO, Emília Campos de; STUCH, Rosamry Aparecida Garcia. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.1,p.74-79,jan/fev. 2003

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (Org.). **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2005.

CASANOVA, Edna Gurgel. **O Cuidado de Enfermagem em unidade de internação psiquiátrica**: uma transição do asilar para a reabilitação psicossocial: o familiar e o exótico. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2002 _ Dissertação de mestrado.

CELICH, K. L. S. **Dimensões do processo de cuidar**: a visão das enfermeiras. 1. ed., EPUB: Rio de Janeiro, 2004.

CHAUX, Aurélio. **A Historical Perspective of Cardiac Surgery**, Medical Menagement of the Cardiac Srgical Patient. Willians and Wilkins, Baltimore, USA, 1990.

CHEITLIN, M. D. **Cardiologia Clínica**. 6.ed., Rio de Janeiro, Pretence Hall do Brasil, 1996.

CHEVALIER, J. e GHEERBRANT, A. **Dicionário de Símbolos** – 9.ed., José Olympio: Rio de Janeiro,1995.

CIANCIANRULO, T.I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar**: Um Desafio para a Qualidade da Assistência.São Paulo: Atheneu, 1996.

CICOUREL, Aaron. Teoria e Método em Pesquisa de Campo. In: Guimarães, A (Org.) **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de janeiro: Francisco Alves, 1975.

COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nébia Maria de Almeida. **O socorro, o socorrido e o socorrer**: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. RJ. Ed. Anna Nery, 1999.

COLLIÉRE, Marie Françoise. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel edições técnicas, 1999.

COSTA, Cristiane Maria A., **A Família como cliente da Enfermeira: O Movimento dos “Corações” no Convívio Familiar**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1998

COSTENARO, Regina G. Santini. **Cuidando em Enfermagem: Pesquisas e Reflexões**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

COULON, Alain. **Etnometodologia**. Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

_____. **Etnometodologia e Educação**. Petrópolis – Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

DAHER, D.V. – O cuidar na identidade da enfermeira. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 355-365, maio/ago, 1998.

DAHER, Donizete Vago; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer, et al. **Cuidar e Pesquisar: Práticas Complementares ou Excludentes? Latino Americana em Enfermagem**, v.10, n.2, p.145-150, mar/abr, 2002.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

ELSEN, I, PATRICIO, M.Z., NIESTHKE, R. G., PENNA, C. M.M. Cidadania: Um Novo Conceito para a prática de Enfermagem com Famílias? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.1, p.106-115, jan/jun, 1992.

ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. **As interações entre professoras e estudantes na trama da construção da identidade profissional da enfermeira**. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do Espírito. **Saberes e Fazeres de Enfermeiras (os) Novatas(os) e Veteranas(os) Sobre o Cuidado de Enfermagem no Cenário Hospitalar**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **O dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed., Curitiba: Posigraf, 2004.

FEREZ, A. de P. **A família ontem hoje e amanhã**. Rio de Janeiro: Debates Sociais, 1990.

FIGUEIREDO, Nélia M. Almeida de; MACHADO, Willian C. A. Cuidado: a “natureza viva” do pensar e do fazer. **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro. V.5, n. 3, p.387-385, dez, 2001.

_____. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **A mais Bela das Artes ... o pensar e o fazer da enfermagem: Bases Teóricas e Práticas para uma Teoria do Cuidado/ Conforto**. 1997. Tese (para o concurso de Professor Titular) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNI-RIO Rio de Janeiro, 1997.

_____, Nélia Maria Almeida de; PORTO, Isaura Setenta. **O cuidado de clientes cirúrgicos**: aspectos evolutivos e reflexões para avanços na Enfermagem. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. v.3, n.3,p. 53-62, dez,1999.

_____, Nélia M. Almeida de; MACHADO, Willian C. A. **Cuidado**: a “natureza viva” do pensar e do fazer. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro. V.5, n 3, p.387-385,dez, 2001.

_____, Nélia Maria de Almeida (Org.). **Práticas de Enfermagem**: ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

GARFINKEL, H. **Studies in Ethnometodologh**. New Jersey: Englewood Clifffis-Prentice Hall, 1967.

GAUDERER, Christian. **Os Direitos do Paciente - Um Manual de Sobrevivência**. 5ed. Rio de Janeiro: Record 1995.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice. **Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam.1998.

GOLDENBERG, Miriam. **A Arte de pesquisar**: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, J. G. Dias de; FILHO, W. D.L; Hospital: Cenário de relações de poder entre equipe multiprofissional de saúde e a família da criança internada. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1/ 2, p. 47 – 60,1/ 2 sem. 2003.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; BERGAMASCO, Roselena Brazilli. **Enfermagem, cultura e o processo saúde – doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HANSON, S. M. H. E BOYD, S. T. **Family health care nursing** – theory, practice, and research. Filadélfia: F. A . Davis Company, 1996.

HENSE, Renata. **Representações do Cliente de uma Cirurgia Cardíaca – Um Estudo de Caso**. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1995

HENDERSON, Virginia. **Princípios Básico sobre Cuidados de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico UFRJ/ ABEn, 1981.

HUMPHREYS, T. **A Família: ame-a e deixe-a**. São Paulo: Ground, 1996.

KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira** – a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994.

KOERISCH, C. da L.; ARRUDA, E. N. Conforto e desconforto na perspectiva de acompanhantes de crianças e de adolescentes internados num hospital infantil. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 219 – 243, maio/ago. 1998.

KRÜGER, Juliana; ECHER, Isabel Cristina. Percepção e Sentimentos de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em relação a visita. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21,n.1,p.123-137,jan.2000.

KUZNESOF, E. A. A família na sociedade brasileira: parentesco, clientelismo e estrutura social. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v.9, n. 17,p. 25-32, 1989.

KUBLER – ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAVILLE,Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber**: manual da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEITE, J. L.; BRAZ, M. R.; NASCIMENTO, M. T. F. do; STIPP, M. A . C. Técnicas e Tecnologias para pessoas em pós-operatório de cirurgia cardíaca.. In: FIGUEIREDO, N. M. A (Org.). **Tecnologias e Técnicas em Saúde**: Como e porque utiliza-las no cuidado de enfermagem. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

_____ **Cuidando de clientes cardiopáticos**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem**: instrumento para prática. Florianópolis: Papa - Livros, 1999.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação**: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MANZOLI, Maria Cecília. **Relacionamento em Enfermagem**. Aspectos sociológicos. São Paulo: Sarvier, 1983.

MARTINS, J. de J NASCIMENTO, E.R.P. do. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com indivíduo e sua família. **Revista Nursing**, v.45, n.29,p26-30,set.2000.

MATTA, R.da **A família como valor**: considerações não familiares sobre a família brasileira. Pensando a família no Brasil, Espaço e Tempo/Editora da Ufrj, Rio de Janeiro, 1987.

MATTOS, V. Z. **As representações sociais dos familiares**: Significados e Expectativas da Cirurgia Cardíaca. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro. 1997.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre os profissionais de saúde e os familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MELTZER, E. L. **Enfermagem na Unidade Coronariana**. S.P. Atheneu,1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social**: teoria,método e criatividade. 7.ed. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes,1994.

O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec,2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Estatuto da Criança e do Adolescente** - Projeto Minha Gente. Brasília: 1991.

_____, **Programa de Hipertensão Arterial**.Brasília: 2001

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal**: treinamento em grupo.14.ed. Rio de Janeiro: José Olympio,2004.

NEMAN, Fabiana Augusto. **Experienciando a hospitalização com a presença da família**: um cuidado que possibilita conforto. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo , São Paulo, 2000

_____, Fabiana A ; SOUZA, Mariana F. de. **Experienciando a hospitalização com a presença da família**: um cuidado que possibilita conforto. Nursing, São Paulo, v.6, n.56, p. 28-31, jan.2003.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável: A descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Florianópolis: Universitária, 1999.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves; ELSESEN, Ingrid. Saúde da Família na Pós-Graduação: Um Compromisso Ético Interdisciplinar na Pós-Modernidade. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.53, n.especial ,p.35-48,dez.2000.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves; MORAIS, Eliane P. de; PFEIFFER, Susan A.; ELSESEN, Ingrid. Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**; Florianópolis, v. 1, n.2,p. 152-166,jul/dez.1992.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; SILVA, Taboada Thays. O advento da Cirurgia cardíaca no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber da Enfermagem na área de pediatria (1810 – 1956). **Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro. V.6, n 2, p.255-260,ago, 2001.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de. **Abordagem da Doença Coronariana: aspectos epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos.** Rio de Janeiro: Edson Abdala Saad, 2003.

OLIVEIRA, Lizete M. de Almeida Cavalcanti. **Assistência de Enfermagem à família na UTI – uma abordagem sobre o atendimento e suas necessidades.** 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 1991.

OLIVEIRA, Rosana Mara Pontes de. **Pintando Novos Caminhos: Visita Domiciliar em Saúde Mental.** Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2001.

OSÓRIO, I. C. **Família Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PAIXÃO, Waleska. **História da Enfermagem.** Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969.

PALIS, Lígia. **As Necessidades da Família do Cliente Internado: O Caso de Terapia Intensiva Geral de Adulto do Hospital da Lagoa .** 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro. 1997

PAULA, N. S. **A Formação do enfermeiro.** **Revista Paulista de Enfermagem.** São Paulo, v.4,n.1,p.35-42,jan/mar,1984.

PINHO, Leandro Barbosa de; KANTORSKI, Luciane Prado. Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Família do Paciente internado em uma Unidade de Emergência. **Revista Técnico Científica Enfermagem** V.2, n.7,p.6-11, jun/nov, 2004.

PINTO, A. L.de T. ; WENDT, M. C.V. dos S.; CÉSPEDES, L. **Constituição da República Federativa do Brasil** (promulgada em 05 de outubro de 1988) 4 ed.São Paulo: Saraiva, 2005

PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Berndette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**.3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1995.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Berndette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e Utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, Isaura Setenta et al. **Método de Associações de Conteúdos**: Uma Alternativa para Analisar Dados Textuais nas Pesquisas de Enfermagem. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 337-47, set /dez.2003.

PORTO, Isaura Setenta, PRATA, Carla Albano; SILVA, Carla C. R. Teixeira; SILVA, Elaine Cristina Figueiredo da. **A Imagem no Espelho**: Representações de Clientes sobre suas Famílias. Trabalho desenvolvido como parte do Diagnóstico Simplificado de Saúde X – Curso de Graduação EEAN / UFRJ. Rio de Janeiro, 1997.

PORTO, I.S; ESPÍRITO SANTO, F.H. Etnometodologia: Um enfoque microsocial na pesquisa qualitativa (capítulo 7). In: CABRAL, I. E. et al (Orgs.). **Pesquisa em Enfermagem**: Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan 2006 (no prelo).

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PRATA, Carla Albano. **“Representações dos clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca o (dês) conhecimento”**. 2002. Trabalho monográfico para o título de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNI-RIO – setembro, 2002.

ROCHA, Semirames Melani Melo; et al. Enfermagem Pediátrica e Abordagem da Família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.10,n.5,p.709-714,set/out, 2002.

SANTOS, Iraci dos Santos. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar**: Realidade, Questões e Soluções. 2.v. São Paulo: Atheneu, 2004.

SANTORO, Dayse Conceição. **O Cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um ensaio sobre a dimensão na subjetividade no cuidar**. 2000 Tese (Doutorado em Enfermagem) -Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, L. G. da S. **Assistência Humanizada ao cliente no Centro Cirúrgico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2000.

SILVA, Maria Júlia Paes da Silva (Org.) **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Loyola, 2004.

_____. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais de saúde. São Paulo: Loyola, 2002.

SOUSA, Leliana Santos de. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: Gauthier Jaques Henri Maurice et al. (Orgs.). **Pesquisa em enfermagem**: metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

STAMM, Maristela. Evolução do Cuidado na Enfermagem até o Cuidado Transdimensional: Uma Revisão de Literatura. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. jul./dez.2002.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2.ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993.

TAVARES, C. M. de M. **A Poética do cuidar** – perspectiva da imaginação criadora na enfermagem. Rio de Janeiro, SANAI, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Maria da Glória Furtado de. **A dimensão humana nas infecções hospitalares: influência das interações entre profissionais de enfermagem**. 1999 – Escola de Enfermagem Anna Nery -EEAN/UFRJ, 1999.

WALDMAN, Maria Angélica P.; MARCON, Sonia Silva. A Enfermeira frente a problemas de relacionamento na família. **Revista Brasileira de Enfermagem Distrito Federal**, v.56, n.3 maio/junho, 2003.

WALDOW, V. R; Lopes, M. J. M.: MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar** – Maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Cuidado Humano** – O resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B; SILVA, K. S. **O cuidado de enfermagem à família**: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 02 de maio de 2005.

WRIGHT, L.M.,LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção.3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

Anexo n.º 1

Solicitação de autorização institucional para a realização da pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

De: Mestranda Carla Albano Prata

Para: Direção do Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras.

Venho por meio desta apresentar o projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: “O Cuidado para Familiares de clientes em período pré-operatório de Cirurgia Cardíaca: implicações para a Enfermagem Hospitalar”. Para o desenvolvimento deste estudo, solicito autorização para realizar a etapa de coleta de dados nesta instituição, além de poder utilizar o nome da instituição na pesquisa. Os dados serão obtidos através da observação participante e realização de uma entrevista livre com familiares, de clientes hospitalizados na unidade de internação e que serão submetidos à cirurgia cardíaca. Para o desenvolvimento da pesquisa foram traçados os seguintes objetivos: (a) Caracterizar as necessidades de cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar dos familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca; (b) Analisar as implicações dessas necessidades para a determinação de especificidades do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar para esses familiares. Cabe esclarecer que o Instituto Nacional de Cardiologia foi selecionado como cenário de pesquisa por ser especializado na assistência em cardiologia e por ser um órgão de referência nacional. Os resultados deste estudo somente serão utilizados para fins de divulgação científica, como trabalhos apresentados em eventos ou publicados em periódicos científicos.

Atenciosamente,

.....
Enf.^a Carla Albano Prata
Aluna do Curso de Mestrado

.....
Dr.^a Isaura Setenta Porto
Professora orientadora

Anexo n.º 2

Encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Instituição

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

De: Mestranda Carla Albano Prata

Para: Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras.

Venho por meio desta apresentar o projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada: “O Cuidado para Familiares de clientes em período pré-operatório de Cirurgia Cardíaca: implicações para a Enfermagem Hospitalar”. Para o desenvolvimento deste estudo, solicito autorização para realizar a etapa de coleta de dados nesta instituição, além de poder utilizar o nome da instituição na pesquisa. Os dados serão obtidos através da observação participante e realização de uma entrevista livre com familiares, de clientes hospitalizados na unidade de internação e que serão submetidos a cirurgia cardíaca, e a equipe de enfermagem das unidades de internação. Para o desenvolvimento da pesquisa foram traçados os seguintes objetivos: (a) Caracterizar as necessidades de cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar dos familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca; (b) Analisar as implicações dessas necessidades para a determinação de especificidades do cuidado de enfermagem no âmbito hospitalar para esses familiares. Cabe esclarecer que o Instituto Nacional de Cardiologia, foi selecionado como cenário de pesquisa por ser especializado na assistência em cardiologia e por ser um órgão de referência nacional.

Os resultados deste estudo somente serão utilizados para fins de divulgação científica, como trabalhos apresentados em eventos ou publicados em periódicos científicos.

Desta forma, por acreditar na colaboração desta instituição para o desenvolvimento da pesquisa, que objetivam contribuir para a melhoria assistencial, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos, agradecendo desde já pela atenção.

Atenciosamente,

.....
Enf.^a Carla Albano Prata
Aluna do Curso de Mestrado

.....
Dr.^a Isaura Setenta Porto
Professora orientadora

Anexo n.º 3

Autorização da Instituição para realizar a pesquisa



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezados Senhores:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras reuniu-se em 16 de Agosto de 2005 e aprovou por unanimidade, após as correções sugeridas pela relatora, o Projeto “O cuidado para a família de clientes em período de cirurgia cardíaca: implicações para a Enfermagem Hospitalar”, sob responsabilidade da investigadora principal Enfermeira Carla Albano Prata, sendo registrado neste CEP sob o n.º0066/17.05.05.

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2005.


Dr. Ivan Luiz Cordovil de Oliveira
Coordenador do CEP

Anexo n.º 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: O Cuidado para Familiares de Clientes em período pré-operatório de Cirurgia Cardíaca: implicações para a Enfermagem Hospitalar.

Eu, Carla Albano Prata, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ UFRJ, estou desenvolvendo uma pesquisa científica intitulada: “O Cuidado para Familiares de clientes em período pré-operatório de Cirurgia Cardíaca: implicações para a Enfermagem Hospitalar.” Este estudo pretende contribuir para uma reflexão da Enfermagem, quanto ao cuidado de enfermagem prestado a família, pois considero a família, uma extensão do cliente que está hospitalizado e que também necessita de cuidados.

Os instrumentos de coleta de dados se compõem de observação participante através da interação da equipe de enfermagem com a família durante a assistência de enfermagem, com registros em diário de campo (anexo nº 5 e 5A) e entrevistas livres com os familiares e equipe de enfermagem, e preenchimento do formulário (anexo nº 6) para caracterização dos atores sociais da pesquisa familiares e clientes e um questionário para a caracterização da equipe de enfermagem (anexo nº 7). A entrevista será gravada em fita - cassete para posterior transcrição das falas, de modo a aproveitar o conteúdo de modo fidedigno.

Os prováveis desconfortos que podem gerar a participação se referem ao tempo necessário durante o preenchimento do formulário e a participação na entrevista. O tempo aproximado de duração será de quarenta minutos. Os possíveis benefícios que a participação neste estudo poderá oferecer serão as contribuições dos participantes para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada nesta instituição.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos, e publicados em periódicos científicos, como também um debate na instituição.

É importante que, ao participar da coleta de dados, você saiba que os seguintes aspectos estão assegurados:

Os participantes têm o direito de pedir qualquer tipo de esclarecimento durante a pesquisa, sobre quaisquer aspectos desta.

Aos participantes se reserva o direito de participar ou não desta pesquisa, e ainda, retirar sua permissão durante qualquer etapa do desenvolvimento sem lhes acarretar quaisquer tipos de prejuízo ou penalização.

A identidade dos participantes não será revelada, assegurando-lhes o direito de anonimato. A assinatura deste documento representa o consentimento para a participação nesta pesquisa.

Certas de contarmos com a sua colaboração, atenciosamente.

.....
Enf.^a Carla Albano Prata
Aluna do Curso de Mestrado

.....
Dr.^a Isaura Setenta Porto
Professora orientadora

Concordo em participar da Pesquisa Referida neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e declaro que compreendi suas finalidades e o uso dos dados, bem como minha possível iniciativa para me desligar desta pesquisa a qualquer momento sem que me seja acarretado quaisquer tipos de ônus ou prejuízo.

Rio de Janeiro,..... de..... de 2005

Anexo n.º 5
Modelo do diário de campo

Local:
Data:
Início:
Término:

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO OBSERVADA:	TEMA ENCONTRADO:
ANÁLISE DA PESQUISADORA SOBRE A SITUAÇÃO OBSERVADA:	

Anexo n.º 5A

Roteiro complementar de apoio aos registros do diário de campo

- Descrição do espaço físico;
- Expressão facial;
- Toque;
- Expressão Corporal;
- Gestos;
- Territorialidade (próximo ou distante);
- Comunicação paraverbal (tom de voz, entonação das palavras, ritmo);
- Comunicação verbal (falada e escrita)

Anexo n.º 6

Formulário para obtenção de dados da caracterização pessoal e familiar dos atores sociais familiares

1. Nome / Pseudônimo:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Endereço:
5. Bairro:
6. Telefone:
7. Nível de instrução:
8. O que você é deste (a) cliente?
9. Existem outras pessoas que permanecem como acompanhante? Quem são elas?
10. Qual o nome da cirurgia que irá submeter-se?

Anexo n.º 7

Questionário para obtenção de dados de caracterização dos atores sociais da Equipe de Enfermagem

- 1.Nome / Pseudônimo:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Endereço:
5. Bairro:
6. Telefone:
7. Função:
8. Tempo de formação profissional:
- 9.Unidade de internação:
10. Tempo que trabalha neste setor:
- 11.Qual o vínculo com a instituição:

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)