Universidade Estadual do Ceará
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
Nível: Mestrado Acadêmico

ANA CLEIDE SILVA RABELO

CUIDADO CLÍNICO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DIRIGIDO AO SER-CARDIOPATA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Fortaleza - Ceará

2014

ANA CLEIDE SILVA RABELO

CUIDADO CLÍNICO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DIRIGIDO AO SER-CARDIOPATA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:

Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa:

Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora:

Prof[a] Dr[a]. Lúcia de Fátima da Silva

Fortaleza - Ceará

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

R114c Rabelo, Ana Cleide Silva

Cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca/ Ana Cleide Silva Rabelo . -- 2014.

CD-ROM. 129 f. : 4 ¾ pol.

"CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)".

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dr.ª Lúcia de Fátima da Silva.

1. Cirurgia torácica. 2. Teorias de enfermagem. 3. Cardiopatas. 4. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDD: 610.73691

CUIDADO CLÍNICO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DIRIGIDO AO SER-CARDIOPATA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração:

Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Aprovada em: 28/02/2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva – UECE

(Orientadora e Presidente)

Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima - UFC

(1º membro)

Profa. Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro - UECE

(2º membro)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu estar neste mundo e concretizar mais esta etapa.

Aos participantes desta investigação, reais protagonistas, agradeço a acolhida, o carinho e a cooperação.

À Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva, que se mostrou mais que minha orientadora nesta caminhada, sua competência, sabedoria e disponibilidade.

À Profa. Dra. Maria Vilaní Cavalcante Guedes, pelas excelentes contribuições e ensinamentos para o aprimoramento desta dissertação.

À Profa. Dra. Ana Ruth Macedo, pela disponibilidade, carinho, atenção e sugestões oferecidas para o enriquecimento desta dissertação.

À Profa. Dra. Francisca Elisângela Teixeira, pelas suas oportunas e relevantes sugestões, que muito contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação.

Às enfermeiras do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, pelo apoio na realização deste sonho.

Aos professores do Curso de Mestrado, pela competência e sensibilidade que proporcionaram um caminhar tranquilo.

Às minhas colegas de Mestrado, pelo companheirismo, pelas gargalhadas, enfim, os encontros que tornaram este período inesquecível.

A todos os participantes do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), em especial aos amigos da Linha de Pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular, pelos momentos de aprendizagem compartilhados.

Ao meu irmão Adriano, presença especial, a disponibilidade, atenção, o desprendimento e as palavras certas, na hora certa.

À minha Mãe Marinez, pelo amor incondicional e apoio em todos os momentos e por toda a compreensão nesse período da minha vida.

RESUMO

RABELO, A.C.S. Cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

Trata-se de estudo acerca do cuidado clínico transpessoal de Enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca, relacionando a contribuição do Processo *Clinical Caritas*, proposto por Jean Watson, com vistas a promover melhorias da qualidade de vida desse ser. Tendo como objetivo: conhecer a contribuição da Teoria do Cuidado Transpessoal para o cuidado clínico de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca, identificar, com base na teoria, as necessidades de cuidado clínico de enfermagem do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca e verificar os resultados da implementação de cuidados clínicos de enfermagem, fundamentados pelo processo *Clinical Caritas.* A metodologia utilizada foi qualitativa, por meio do método de pesquisa-cuidado. O estudo foi realizado nos meses de junho a agosto de 2013, com dez pessoas com cardiopatias que realizaram a cirurgia cardíaca em um hospital especializado em adoecimentos cardiopulmonares, no município de Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, tendo como questão de pesquisa: *Como o cuidado clínico transpessoal de Enfermagem contribui para o bem-estar do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca?* Os depoimentos foram gravados em um gravador digital, mediante autorização do participante. O referencial adotado para a análise dos depoimentos foi a análise de conteúdo de Bardin. Respeitaram-se os preceitos ético-legais, segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número 232.471. Realizou-se a caracterização dos participantes da investigação, os encontros e conexões utilizando os dez elementos do processo *Clinical Caritas*. Concluiu-se que ao utilizar o processo *Clinical Caritas* de Jean Watson no cuidado ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca foi possível compreender a importância de um cuidado transpessoal para expansão dos cuidados da enfermeira, permitindo-a olhar o ser de seu cuidado de forma multidimensional, no qual existe uma união entre corpo-mente-espírito, na tentativa de junto com o outro promover a reconstituição das suas vidas.

Palavras-chave: Cirurgia torácica. Teorias de enfermagem. Cardiopatas. Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

RABELO, A.C.S. Transpersonal clinical nursing care directed to be cardiac in perioperative period of cardiac surgery. 2014. 129f. Dissertation (Master) - Graduate Program in Clinical Care Nursing and Health, State University of Ceará, Fortaleza, 2014.

It is the study of transpersonal clinical nursing care directed to be cardiac in perioperative period of cardiac surgery, relating the contribution of clinical caritas processes proposed by Jean Watson, in order to promote improvements in the quality of life of that being. Taking aim: to evaluate the contribution of the Theory of Transpersonal Caring for clinical nursing care directed to be cardiac in perioperative period of cardiac surgery , identify, based on the theory, the needs of clinical nursing care of patients with cardiac disease be in the perioperative period cardiac surgery and to assess the results of the implementation of clinical nursing, substantiated by clinical caritas process proposed to be directed cardiac perioperative cardiac surgery. The methodology was qualitative , through the research method -care. The study was conducted from June to August 2013 with ten people with heart disease who underwent cardiac surgery in a hospital specialized in cardiopulmonary illnesses, in Fortaleza , Ceará. Data were collected through semi - structured interviews , with the research question: *How transpersonal clinical nursing care contributes to the welfare of the being - cardiac perioperative cardiac surgery ?* The statements were recorded on a digital recorder, with the permission of the participant. The framework adopted for the analysis of the testimonies was content analysis of Bardin . Respected are the ethical and legal precepts , according to Resolution 466/12 of the National Health Council The project was approved by the Ethics Committee under number 232 471. Was performed to characterize the participants of research, meetings and connections using the ten elements of clinical caritas process. It was concluded that by using the process of Clinical Jean Watson Caritas in cardiac care by being in the perioperative period of cardiac surgery was possible to understand the importance of a careful expansion of transpersonal care nurse, allowing her to look her be careful multidimensional perspective, where there is a union between body - mind-spirit, trying to promote with the other rebuilding of their lives.

Keywords: Thoracic Surgery. Nursing theories. Cardiac. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....9

2 OBJETIVOS.....18

3 ESTADO DA ARTE.....19

3.1 Cuidado Transpessoal de Enfermagem e o perioperatório de CC.....19

3.2 Cuidado Transpessoal de Enfermagem ao ser-cardiopata e a família.....26

4 REFERENCIAL TEÓRICO –METODOLÓGICO.....30

4.1 O Referencial Teórico.....30

4.2 O Caminho para a realização da investigação.....40

4.1.1 Aproximação com o objeto de estudo.....41

4.1.2 Encontro com o ser pesquisado-cuidado.....42

4.1.3 Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática do cuidado....46

4.1.4 Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado.....48

4.1.5 Análise do apreendido.....49

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....51

5.1 Os encontros e conexões.....51

5.2 Necessidades de cuidado e o processo *Clinical Caritas*.....72

6 **CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 110**

REFERÊNCIAS.....114

APÊNDICES.....121

ANEXOS.....126

1 INTRODUÇÃO

Trata-se de estudo acerca do cuidado clínico transpessoal de Enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca, relacionando a contribuição do Processo *Clinical Caritas,* proposto por Jean Watson, com vistas a promover melhorias da qualidade de vida desse ser.

O ponto inicial para o desenvolvimento de uma ciência clínica é a descrição dos fenômenos de interesse. Na Enfermagem a identificação das situações de saúde diagnosticadas e tratadas pelos enfermeiros é o passo inicial na organização e construção de sua ciência. Uma disciplina científica necessita de conceitos, hipóteses e teorias desenvolvidas e testadas que distingam de outros domínios do conhecimento (SOUZA *et al*., 2005).

Diante disto, o cuidado clínico de enfermagem, fenômeno de interesse deste estudo, se relaciona ao cuidado íntegro e legítimo, o qual busca nas ações do enfermeiro respeitar o outro, como ser de possibilidades, mantendo a saúde e a dignidade humana em sua complexidade.

Nessa perspectiva, compreende-se cuidado clínico como práticas, intervenções ou ações de cuidado, seja direto ou indireto, individualizado, coletivo e sistematizado, fundamentados em evidências quantitativas e/ou qualitativas, direcionado ao ser humano, com base filosófica, ética, teórica, científica, técnica e política, considerando as manifestações ou respostas das pessoas ao seu processo de viver humano no *continuum* saúde-doença (REGIMENTO, 2011).

Para a implementação do cuidado clínico, os enfermeiros precisam ter como base modelos científicos sistemáticos capazes de fundamentar e orientar o processo de cuidar.

Ao longo de sua história, a Enfermagem vem sendo construída à luz de modelos científicos humanistas de atenção à saúde, que busca significado na existência do ser humano. É por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da Enfermagem constrói-se com base na relação pessoa a pessoa (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012).

É nesta constante busca que o enfermeiro deve ficar atento ao cuidado clínico, o qual pode ser eficazmente demonstrado e praticado de modo transpessoal, no qual a consciência de cuidado vai além da dimensão biológica, material, sendo capaz de transcender o contexto físico, buscando o espiritual.

Com isso, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, uma união com a outra pessoa que eleva a consideração pelo todo do outro e pelo seu estar-no-mundo, em que enfermeiro e o indivíduo tornam-se apenas um. É o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012).

Esta relação tem maior possibilidade de ser construída quando embasada por uma teoria de Enfermagem, na qual a enfermeira utiliza o conhecimento como fundamento para desenvolver suas ações. As teorias fornecem método para descrever, explicar e predizer fenômenos, de modo a fortalecer as bases científicas da Enfermagem (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006).

As teorias de Enfermagem representam, atualmente, os esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Elas mostram diferentes modos de pensar a prática da enfermagem.

Além disso, a utilização das teorias de Enfermagem contribui para a construção do conhecimento cientifico da profissão, firmando a Enfermagem como ciência e embasando os estudos dos enfermeiros.

Diante disto, é necessário que os enfermeiros façam a opção por uma teoria e ao fazer, considerem a adequação e a aplicabilidade à situação de enfermagem em que será utilizada. O resultado final do cuidado prestado deverá refletir o marco conceitual proposto, além de servir para confirmar e testar os conceitos formulados ou mesmo dar-lhes novos direcionamentos e ou reconstruções (BRANDALIZE; ZAGONEL, 2006).

Assim, a efetivação do cuidado de enfermagem requer sua fundamentação em um referencial teórico, em uma teoria de Enfermagem, a qual, entre outras relevantes informações, orienta a forma de realização desse cuidado

para que as metas propostas possam ser alcançadas segundo a visão da teórica eleita (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

Desta forma, a utilização de referenciais teóricos na prática profissional de Enfermagem é um facilitador para efetivar ações de cuidar que privilegiem o ser humano inserido em um ambiente, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de enfermagem.

Assim, quando se busca pela compreensão do cuidado transpessoal em uma perspectiva teórica da Enfermagem, evidenciam-se pesquisadores que já contribuíram e/ou vêm contribuindo para o desenvolvimento teórico ou do estudo de teorias na profissão, seu entendimento e aplicação dos constructos. Podem ser citadas, entre outras, Florence Nightingale, Callista Roy, Hildegard Peplau, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad e Jean Watson. Esta última conduzir o cuidado a uma perspectiva fenomenológica existencial dos cuidadores e dos seres cuidados, permitindo um contato com a subjetividade dentro das relações de cuidado na saúde-doença, avançando sobre o conhecimento acerca do mundo e da experiência humana (WATSON, 1985).

Jean Watson, desde sua primeira publicação em 1979, vem aprimorando, aprofundando e ressignificando suas ideias. Sua teoria tem o ser humano como ponto de convergência de todas as ações de enfermagem, a integralidade de corpo, mente e espírito em um processo transpessoal (SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006).

A teórica entende que, na relação de cuidar, a enfermeira não se encontra só, ela necessita do outro para que nessa interação o cuidado aconteça. Portanto, uma relação transpessoal de cuidar conota uma forma especial da relação de cuidado, sendo caracterizada como uma união com o outro, elevando a consideração por esse ser e pelo seu estar no mundo. É a partir da relação transpessoal que a enfermeira e o ser-cuidado tornam-se apenas um, é o momento em que o cuidado é concretizado e os dois seres estão sintonizados de corpo e alma na relação (FAVERO; PAGLIUCA; LACERDA, 2013).

Em sua teoria, é visível as mudanças e evolução dos pensamentos, na qual são substituídos os Fatores *Caritive* pelo Processo *Clinical Caritas.* Ao expor estes elementos, amplia seus conceitos, incluindo a sacralidade do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto e visual e a

proposição do *healing* como reconstituição do ser (FAVERO, 2009).

O Processo *Clinical Caritas* é um modelo emergente de cuidado transpessoal, que modifica de Fatores *Caritive*, os quais dão forma e estrutura à teoria do cuidado humano e auxiliam os enfermeiros na resolução de problemas de forma criativa. Entendendo que este modelo anterior era estático, o avanço dos estudos de Watson, substituiu-o pelo Processo *Clinical Caritas*, o qual vem abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe a atenção especial e exercitando uma atenção cuidadosa (WATSON, 2008).

Healing é compreendido no sentido de recomposição e reestruturação da saúde da pessoa, da mente, do corpo e da alma, em uma unicidade e não no sentido de cura. Assim, recompor e reconstituir, a partir do cuidar do enfermeiro, refere-se à reconstituição da própria pessoa, às perdas, aos sentimentos, suas dificuldades existenciais, facilitando-lhe a aceitação de sua vida mediante estabelecimento de relação de ajuda, confiança, cuidado, amor, imbuídos de um compromisso ético (MATHIAS, 2007).

Para que o enfermeiro aplique a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson é necessário mergulhar nas proposições, pressupostos e conceitos da teorista, interagir e ter afinidade com a ideologia definida. Já que, o cuidado transpessoal trazido por Watson (2008) vai muito além do momento de cuidado vivido pela enfermeira e pelo ser cuidado. Ele é transposto para a vida dos envolvidos nessa relação de cuidar.

Com vistas, portanto, ao estudo do cuidado clínico, utilizando a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, no âmbito da Enfermagem, é preciso ponderar os vários contextos nos quais o cuidado de Enfermagem é oferecido, abrangendo diversas condições de saúde-doença. Para este estudo optamos por abordar o contexto de enfermagem em cardiologia, dando ênfase no cuidado de enfermagem no processo de realização da cirurgia cardíaca.

Quando falamos em indivíduos com adoecimento cardíaco, o cuidado necessita ser legítimo e transpessoal. Já que o diagnóstico de doença cardíaca proporciona ao indivíduo, sensações de grande sofrimento emocional, e quando esse adoecimento necessita de uma correção cirúrgica o abalo se torna ainda maior,

em razão do medo da morte, uma vez que o coração é tido como um órgão nobre e vital (LIMA; ARAÚJO, 2007).

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade da população mundial. No Brasil, constituem-se na principal causa de mortalidade, acentuadas pela maior longevidade da população e adoção de hábitos de vida com maior exposição a fatores de risco (BAGGIO *et al.*, 2011). Em 2008, as afecções do aparelho circulatório foram causa de 31,8% das mortes na população brasileira. No Nordeste, este cenário é semelhante ao restante do país, sendo as doenças cardiovasculares responsáveis por 32,4% da mortalidade total no mesmo ano (LIRA et al., 2012).

Em 2010, as doenças cardiovasculares representam a terceira maior causa de hospitalizações no SUS, sendo responsáveis pelo maior gasto com internações, totalizando R$ 1,9 bilhões ou 19% do custo total com hospitalizações (CALLEGARO *et al.*, 2012).

Diante disto, as cardiopatias representam um problema de saúde publica, sendo imprescindível a urgência por métodos diagnósticos, terapêuticos e preventivos capazes de interromper sua progressão e/ou evitar seu surgimento (LIRA et al., 2012)..

Nesta perspectiva, sabe-se que a cirurgia é indicada quando a probabilidade de sobrevida é maior com o tratamento cirúrgico do que com o tratamento clínico. As cirurgias cardíacas podem ser classificadas em corretoras, relacionadas à correção de defeitos do canal arterial, septo atrial ou ventricular; reconstrutoras, destinadas à revascularização do miocárdio ou plastia das válvulas cardíacas e substitutivas, que compreendem as trocas valvares e os transplantes (PIVOTO *et al.*, 2010).

A expressiva ocorrência das doenças cardiovasculares na população e o avanço tecnológico em seu tratamento, assim como a complexidade e pormenores dos cuidados requeridos por pessoas submetidos a cirurgias cardíacas, cuja condição de saúde sofre mudanças constantes e abruptas requerem cuidados de enfermagem imediatos e precisos, contudo, em muitas vezes, carecendo de planejamento prévio e cientificamente fundamentado.

Diante disto, o cuidado clínico transpessoal de enfermagem, proposto neste estudo, passa a ser fundamental para a recuperação da pessoa submetida a uma cirurgia cardíaca. Nesse contexto, é importante que o enfermeiro aprimore seus conhecimentos e propõe novas alternativas de assistência, desenvolvendo uma metodologia própria de trabalho, fundamentada em teorias de Enfermagem.

Para que o cuidado de enfermagem perioperatório seja individualizado, contínuo e planejado é necessário compreender a pessoa em todas as fases, deste processo, tornando importante a avaliação pré-operatória, transoperatória e pós-operatória.

Muitos são os cuidados de enfermagem necessários ao paciente nestas fases presente no procedimento de realização da cirurgia cardíaca. Tais cuidados, geralmente complexos, devido à instabilidade do quadro clínico do paciente, exigem da equipe de enfermagem uma atuação precisa que busque a tomada de decisão centrada na identificação das necessidades do ser (BROCA; FERREIRA, 2012).

Desta forma, o cuidado clínico transpessoal de Enfermagem em cirurgia cardíaca é complexo e compreende todas as ações do enfermeiro dirigidas à pessoa, desde que este obtem conhecimento da cirurgia, quando se iniciam os cuidados abrangendo as orientações pré-operatórias ao indivíduo e seus familiares, até as instruções relacionadas à alta hospitalar após a realização do procedimento cirúrgico (NESBITT *et al*., 2012).

Diante do exposto, nesta investigação, propõe-se a seguinte questão problema: Como o cuidado clínico transpessoal de Jean Watson contribui para o bem-estar do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca?

O interesse em realizar este estudo se deu durante o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE), no período do Internato, quando a pesquisadora cumpriu estágio na unidade de terapia intensiva de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Nesse período, foi observado, em muitos casos, que as pessoas referiam não ter conhecimento sobre a doença, a cirurgia cardíaca a que foram submetidas, nem aos procedimentos que seriam realizados no pós-operatório. E esta falta de conhecimento, ou muitas de suas dúvidas, ocasionavam desconforto a este ser.

Este fenômeno se confirmou no estudo de Camponogara *et al.* (2012), no qual os dados apreendidos apontaram uma grande lacuna no que tange ao conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e processo de recuperação por parte dos sujeitos. Além disso, os sujeitos dessa pesquisa relataram sentir medo do procedimento cirúrgico devido à agressividade que lhe é implícita, visto ser algo invasivo, como também a complexidade dos cuidados recebidos após a realização da cirurgia.

Sabe-se que no Brasil, a cirurgia cardíaca é realizada com objetivo de melhorar e prolongar a vida de pessoas que sofrem de adoecimentos cardiovasculares, os quais não têm no tratamento clínico uma possibilidade. O procedimento está sendo realizado em grande escala no país, o que ocasiona elevados custos aos cofres da união (FARIA FILHO *et al.*,2012).

No Brasil, nos anos de 2005, 2006 e 2007, foram realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 65.529 cirurgias de revascularização do miocárdio (CRM), uma das mais frequentes cirurgias realizadas pelo sistema, tanto em hospitais públicos quanto em filantrópicos ou privados (CALLEGARO *et al.*, 2012). No hospital lócus do estudo foram realizadas 945 cirurgias no ano de 2009 (HOSPITAL DE MESSEJANA sd).

Diante deste contexto de severidade, representatividade epidemiológica das doenças cardíacas que demandam cirurgia e complexidade dos cuidados de enfermagem necessários no perioperatório, sendo estes com um olhar diferencial para com o cuidado com esse ser, também, instigaram a pesquisadora a realizar este estudo, bem como o conhecimento adquirido durante a vivência como bolsista de Iniciação Científica, participante do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS) e da Linha de pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular.

Já a escolha da cirurgia cardíaca, entre os outros tratamentos para as doenças cardiovasculares, se deu devido à falta de consenso entre os enfermeiros sobre os principais cuidados dispensados à pessoa cirúrgica. Sendo que muitas decisões tendem a se basear em fatores pessoais, em vez de estudos científicos. Esta inconsistência no cuidado dirigido ao ser-cirúrgico, juntamente com a falta de uma utilização metodológica propria da profissão baseada em teorias de

Enfermagem, cria uma incerteza geral quanto à assistência de enfermagem perioperatória (RABELO; SILVA; SILVA, 2013).

A escolha do referencial teórico Teoria do Cuidado Transpessoasl de Jean Watson surgiu do estudo de sua produção (Nursing: the philosophy and science of caring), assim como da utilização de sua aplicabilidade no contexto de cardiologia pediátrica, na produção da pesquisa intitulada: Compreensão de mães acerca do cuidado de Enfermagem na hospitalização de crianças com cardiopatias (RABELO, 2011). A investigação aponta uma nova possibilidade para melhorar o cuidado de enfermagem no contexto da cardiologia em geral, devido a facilidade de aplicação da teoria e auxílio na compreensão dos conceitos que permeiam a realidade de atuação da enfermeira.

Considera-se, portanto, esta pesquisa relevante, visto que possibilita ao enfermeiro que trabalha em cardiologia melhor compreender a experiência do ser-cardiopata no processo de realização de cirurgia cardíaca. Além disso, orienta-se a proposição intervencionista de Enfermagem articulada à Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, com vistas a direcionar o olhar da enfermeira para o cuidado transpessoal deste ser.

Desta forma, o enfermeiro alcançará uma melhor qualidade no cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido a esta população durante todo o seu perioperatório de cirurgia cardíaca, além de possibilitar uma melhor compreensão de si durante o momento de cuidado, o qual deve ser realizado com intenção e vontade. Em uma relação genuína entre duas pessoas, enfermeiro e pessoa cuidada, ambos serão influenciados e partilharam um campo fenomenológico capaz de uma reconstrução dos abalos vividos (WATSON, 2008).

Para o ser-cardiopata, a utilização de um cuidado clínico embasado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson, permitirá um cuidado singular, respeitando o seu ser como divino e único, o qual buscará uma transcendência do físico-material, permitindo a esse ser uma harmonia com sua mente, corpo e espirito.

Para o serviço de enfermagem do hospital, no qual foi realizado o estudo, possibilitará o conhecimento de uma nova estratégia de cuidado, o cuidado clínico transpessoal de enfermagem, que possa nortear a prática e melhorar a qualidade do

atendimento e do serviço, permitindo ao ser que realizará uma cirurgia cardíaca condições favoráveis para seu *healing*.

Na área acadêmica, poderá oferecer uma oportunidade de reflexão, acerca da necessidade de incluir o cuidado clínico transpessoal nas discussões tanto em nível de graduação como pós-graduação, buscando uma valorização do trinômio mente-corpo-espírito e mudanças nas ações de enfermagem, passando do foco da cura para o de reconstituição e de amor.

Esta investigação pretende contribuir também para o fortalecimento e crescimento do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS) e da Linha de pesquisa: Cuidado Clínico e Prática Educativa no Adoecimento Cardiovascular da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e para a produção de novos conhecimentos utilizando o cuidado clínico transpessoal de enfermagem ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca.

2 OBJETIVOS

Geral

-Conhecer a contribuição da Teoria do Cuidado Transpessoal para o cuidado clínico de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Específicos

-Identificar, com base na teoria, as necessidades de cuidado clínico de enfermagem do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca;

-Verificar os resultados da implementação de cuidados clínicos de enfermagem, fundamentados pelo processo *Clinical Caritas* proposto, dirigidos ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca.

3 ESTADO DA ARTE

Na sequência, serão apresentadas informações referentes à Enfermagem perioperatória e o processo de cuidar, o cuidado de enfermagem ao ser cirúrgico e a relação entre a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e o cuidado de Enfermagem ao indivíduo cirúrgico.

3.1 Cuidado transpessoal de Enfermagem e o perioperatório de cirurgia cardíaca

O cuidado de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca é de grande importância para um resultado bem sucedido da realização do procedimento, devendo ser planejado, adotando-se todos os princípios científicos.

A Enfermagem perioperatória cardíaca deve ser baseada em um processo sistemático e planejada com uma série de passos integrados. Assim, o conceito de prática perioperatória traz tanto as atividades desenvolvidas durante a assistência pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, que são inerentes à Enfermagem, quanto atividades como educação para a pessoa, aconselhamento, levantamento de dados, planejamento e avaliação (CARNEIRO, 2009).

Assim, o profissional enfermeiro, que presta cuidados no perioperatório de intervenção cirúrgica cardíaca, deve ter habilidade técnica em relação aos equipamentos e procedimentos pertinentes, ter conhecimento científico e estar atento ao coração da pessoa, mas também precisa ser capaz de tocar, dialogar, orientar e ficar junto dele nessa fase do tratamento (CAVALCANTI, 2007).

Dessa forma, é preciso que o enfermeiro utilize a sensibilidade como ferramenta para a interação, acreditando que para cuidar seja necessário desenvolver os próprios sentimentos, pois, é preciso autenticidade para alcançar o auto-crescimento e auto-realização necessários para o cuidar em sua essência durante todas as fases do perioperatório cardíaco.

De acordo com Gonçalves *et al*. (2011), o período perioperatório cardíaco está dividido em fases ou períodos:

- Fase pré-operatória: inicia quando a decisão para a intervenção

cirúrgica é tomada até o encaminhamento do indivíduo ao centro cirúrgico (CC);

- Fase transoperatória: desde a entrada do paciente no CC até a sua chegada à unidade de recuperação pós-anestésica;
- Fase pós-operatória imediata: desde a admissão do indivíduo na sala de recuperação pós-anestésica até as primeiras 24 ou 48 horas pós-operatórias;
- Fase pós-operatória tardia: inicia-se após as 24 ou 48 horas pós-operatória e termina depois da evolução de acompanhamento no setor ambulatorial ou no domicilio do paciente.

Diante do exposto, observa-se que os cuidados de enfermagem promovidos à pessoa em uma fase refletirão nas outras fases, de forma ativa, positiva ou negativamente.

3.1.1 Pré-operatório de cirurgia cardíaca

O pré-operatório de cirurgia cardíaca é considerando um momento de grande instabilidade para o ser que irá realizar o procedimento devido às incertezas de sucesso do procedimento.

O pré-operatório exige cuidados fisiológicos e atenção aos aspectos psicológicos e emocionais do indivíduo e familiares. A avaliação pré-operatória deve ser feita por meio do exame físico e, principalmente, pela história clínica, a qual deve ser obtida pelo dialogo legítimo, no qual seja dada a oportunidade ao ser-cardiopata expressar seus sentimentos e angústias e não somente aquilo que o enfermeiro tem interesse em ouvir e falar (GASPERI; RADUNZ; PRADO, 2006).

Desta forma, ao desenvolver o cuidar/cuidado a pessoa em pré-operatório de cirurgia cardíaca se utiliza como ferramenta a interação com a mesma, caracterizada por toques, palavras e gestos, entre outros. Na verdade, são utilizados todos os órgãos dos sentidos, como os olhares, sorrisos e movimentos corporais. A enfermeira utiliza o seu comportamento, baseado em suas crenças e valores, para expressar e transmitir mensagens que possam de alguma forma contribuir para a recuperação do ser-cuidado (WATSON, 2008).

Assim, este período compreende a preparação da pessoa para a cirurgia, o ato cirúrgico em si realizado no centro cirúrgico e o tratamento pós-cirúrgico, desde a permanência na unidade de terapia intensiva até a sua recuperação domiciliar (LEON, 2007).

Bianchi e Castellanos (2005) fizeram uma revisão bibliográfica da literatura estrangeira sobre a visita pré-operatória da enfermeira e destacaram que a mesma consiste em conhecer os pacientes cirúrgicos, coletar sua necessidade, oferecer informações e orientações sobre todo o período pré-operatório e esclarecer dúvidas. Foi observado também que muitas instituições de saúde não disponibilizam esse tipo de assistência.

Nesta perspectiva, durante o pré-operatório o cuidado de enfermagem deverá pautar-se nas orientações, buscando o preparo para a realização da cirurgia e pós-recuperação. A enfermeira também de estar atenta a outras necessidades que possam surgir, sempre se mostrando disponível a escutar o ser-cuidado.

Sabe-se que as necessidades básicas afetadas da pessoa, nos períodos pré e transoperatórios interferem diretamente nas suas necessidades no período pós-operatório. Uma pessoa que apresenta dúvidas quanto à cirurgia cardíaca e ao tipo de anestesia a que será submetida, poderá apresentar um alto nível de ansiedade, interferindo na sua recuperação pós-operatória (GALDEANO; ROSSI, 2002).

De acordo com Souza (2004), essa ansiedade pré-operatória e as complicações pós-operatórias podem ser minimizadas por meio de processo educativo no pré-operatório, proporcionado pelo enfermeiro. Planejar a assistência de enfermagem aos corpos que passarão pela cirurgia cardíaca requer desse profissional habilidade e conhecimento a respeito dos possíveis medos e prováveis reações emocionais que ele possa apresentar diante da situação.

Quanto ao preparo nos seus diversos aspectos na orientação pré-operatória, entende-se que o enfermeiro deve levar em conta o modo como a pessoa, que irá se submeter a uma cirurgia cardíaca, e sua família prepara-se internamente para a realização deste procedimento, ou seja, deve levar em consideração as fontes causadoras de angústia e, seguindo estas, deve perceber o

que é mais importante orientar e o quanto deve orientar a este paciente (GASPERI; RADUNZ; PRADO, 2006).

Os aspectos causadores de estresse neste período dizem respeito à incerteza de sua evolução, separação da família, da casa, de seu ambiente, de suas coisas, ou seja, a perda da liberdade e a despersonalização; o medo com relação à vida em si, a fantasia em relação ao procedimento e pela possibilidade de morrer (GASPERI; RADUNZ; PRADO, 2006).

Assim, o período pré-operatório gera grandes angústias e medos, e estas podem interferir na recuperação pós-operatória, no entanto sabe-se que as orientações pré-operatórias eficazes reduzem a ansiedade e as respostas psicológicas ao estresse antes e depois da cirurgia, demonstrando a importância das orientações prestadas (GOIS; DANTAS, 2004).

Com isso, a orientação pré-operatória, prestada pelo enfermeiro, acerca do procedimento cirúrgico, é uma ferramenta cada vez mais utilizada na preparação de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Este momento educativo tem resultado em benefícios para o paciente, como esclarecimento de dúvidas, principalmente, quando se fornece as informações necessárias sobre possíveis situações que serão experenciadas, minimizando a ansiedade e obtendo uma participação ativa na sua reabilitação (WERLANG *et al*.,2008)

Diante do exposto, existe a necessidade de avaliação e orientação detalhada no pré-operatório por um enfermeiro treinado, para que a pessoa possa interagir melhor no pós-operatório imediato. Observa-se que, em muitos casos, a falta de habilidade em lidar com essa situação causa angústia à equipe e aos pacientes por se constituir em um obstáculo para efetivação da assistência prestada (WERLANG *et al*.,2008)

Uma comunicação eficaz na orientação pré-operatória, instrumentaliza a comunicação não verbal no despertar do paciente até o momento da extubação, proporcionando a identificação das suas necessidades e trazendo conforto a esse ser. Para isso, a utilização do momento de cuidado operacionalizado pelos elementos do processo *Clinical Caritas* desenvolvido por Watson (2008) propicia a restauração/reconstituição do ser-cuidado ao priorizar o seu bem-estar.

Watson (2008) fala que para desenvolver esse momento de cuidado de forma genuína é necessário utilizar a sensibilidade como ferramenta para a interação, acreditando que para cuidar seja necessário desenvolver os próprios sentimentos. Assim, afirma que é preciso autenticidade para alcançar o auto-crescimento e auto-realização necessários para o cuidar em sua essência.

3.1.2 Período transoperatório de cirurgia cardíaca

O período transoperatório, que corresponde ao momento em que o paciente é recebido no Centro Cirúrgico até o momento de sua transferência para a UTI pós-operatória, é normalmente considerado um período crítico para a pessoa, especialmente em cirurgia cardíaca, devido à complexidade da cirurgia e procedimentos a ela inerentes, como, por exemplo, a circulação extracorpórea (CEC), e o tempo de duração do ato em si (GALDEANO *et al*., 2003).

Dessa forma, o transoperatório é um período caracterizado por mudanças fisiológicas geradas pelas condições impostas pela cirurgia cardíaca, circulação extracorpórea (CEC) e anestesia, podendo levar a complicações no pós-operatório (GALDEANO *et al*., 2006).

A CEC é um procedimento realizado na maioria das cirurgias cardíacas, na qual uma máquina realiza um desvio cardiopulmonar total, isto é, desvia o sangue das veias cavas para um reservatório e reinfunde-o após a oxigenação artificial de volta à aorta, substituindo, temporariamente, as funções de bombeamento do coração e ventilatórias dos pulmões (GALDEANO *et al*., 2006).

Para a realização de diferentes tipos de cirurgia cardíaca, a CEC ainda é um procedimento muito utilizado cuja finalidade é propiciar um campo cirúrgico limpo, preservar as características funcionais do coração e oferecer segurança à equipe cirúrgica (TORRATI; DANTAS, 2012).

Diante do exposto, observa-se que o transoperatório de cirurgia cardíaca é uma fase de grande instabilidade hemodinâmica, contudo deve-se também considerar que essa fase representa instabilidade emocional para o ser que terá seu corpo exposto a um procedimento altamente invasivo.

Os conhecimentos básicos para cuidar incluem tanto as ciências biofísicas como as ciências humanas, necessitando, portanto, do reconhecimento e utilização de uma abordagem humanística. A ciência para o cuidar/cuidado requer

uma análise e compreensão do significado das ações humanas e dos valores que determinam as escolhas humanas. (WATSON, 1988).

Assim, mostrar-se presente e apoiar o sistema de crenças desse ser são ações que colaboram para o bem-estar psicoespiritual do ser-cardiopata, o qual é uma necessidade de cuidado que deve ser priorizada pela enfermeira que cuida de forma transpessoal.

3.1.3 Período pós-operatório de cirurgia cardíaca

O pós-operatório é o período durante o qual ocorre a recuperação do paciente. Nele o cuidado de enfermagem está relacionado com as intervenções destinadas a prevenir ou tratar complicações e proporcionar ao indivíduo o retorno às atividades do cotidiano (ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

As unidades pós-operatórias são caracterizadas como centro de terapia intensiva. O objetivo dessas unidades especializadas é promover o cuidado aos pacientes depois do ato anestésico-cirúrgico. Contudo, a complexidade do atendimento prestado, bem como a estrutura física, o barulho, os equipamentos e a movimentação das pessoas são tidos como fontes geradoras de estresse para os pacientes e familiares (GOIS; DANTAS, 2004).

A pessoa ao despertar da anestesia encontra-se intubado, com drenos, sondas, cateteres e aparelhos, que somados à agressão cirúrgica resultam em uma série de desconfortos, os quais podem ser minimizados com a adequada comunicação verbal e não verba. Tudo isto, possibilita uma diminuição da ansiedade, evitando possível agitação psicomotora e, consequentemente, tornando-a cooperativa, melhorando a interação e a confiabilidade na relação enfermagem-paciente-família (WERLANG *et al.*,2008).

Watson (2008) afirma que ao realizar um cuidado transpessoal, a enfermeira terá uma maior capacidade de identificar as necessidades de cuidado do ser, pois, ao construir uma relação genuína, ela poderá construir a ligação de cuidado necessária para transcender o corpo e alcançar a mente e o espírito. Tal relação se faz necessária no contexto de realização da cirurgia cardíaca, já que nesta situação o ser e sua família apresentam carência de cuidados humanísticos.

As mentes e as emoções da pessoa são as janelas de sua alma. O cuidado de enfermagem pode ser e é físico, de procedimentos, objetivo e factual,

mas no nível mais elevado da enfermagem, as respostas do cuidado humano, as transações do cuidado humano e a presença das enfermeiras no relacionamento transcendem o mundo material físico, limitado pelo tempo e pelo espaço, e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa como rota para o ser interior e o sentido mais alto do ser (WATSON, 2005).

Neste contexto, a enfermeira deve compreender as mensagens não verbais da pessoa de seu cuidado, com vistas a facilitar o processo de recuperação e melhorar a interação, bem como preparar sua equipe para promover essa interação, refletindo a qualidade da assistência em um momento tão importante do processo cirúrgico (WERLANG *et al*.,2008).

A pessoa em pós-operatório de cirurgia cardíaca não consegue se comunicar de imediato, de forma verbal. Por isso, é necessário a enfermeira estar atenta a linguagem facial e corporal e aprender a distinguir as emoções expressas pela pessoa cuidada por meio da comunicação não-verbal (CAVALCANTI; COELHO, 2007).

O tempo imediatamente após a cirurgia cardíaca é vital para o paciente, pois é neste momento que se avalia o desempenho do coração como órgão/bomba e a estabilidade hemodinâmica, devendo o enfermeiro estar atento a qualquer alteração clínica. Assim, como durante o período pré-operatório, no pós-operatório também não se pode deixar de dar atenção aos aspectos emocionais do paciente e seu familiar (GASPERI; RADUNZ; PRADO, 2006).

. No pós-operatório cardíaco também surge as dificuldades relacionadas à questão do sono, que fica restrito pelos vários procedimentos e medicamentos a que a pessoa precisa ser submetida de 1 em 1 hora, sem mencionar a insegurança motivada pelo grande número de profissional que circulam dentro daquele ambiente e do desconforto físico gerado pela dor, muitas vezes resistente às medicações (WERLANG *et al*.,2008).

Passado o tempo de internação na unidade de recuperação, que varia entre 2 a 3 dias, chega o momento de transferir o paciente para a unidade de internação. Neste momento surgem dois novos sentimentos: a euforia de ter sobrevivido e de poder estar junto de seus familiares, e o medo, pois aquela equipe

numerosa e sempre presente da unidade de recuperação agora será substituída por uma equipe menor e distante a ele até aquele momento (WERLANG *et al*.,2008).

Diante do exposto, observa-se a necessidade de um cuidado de enfermagem transpessoal, o qual consiga atuar nessas diversas fases do processo-saúde do ser-cardiopata na busca por uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

3.2 Cuidado transpessoal de Enfermagem ao ser-cardiopata cirúrgico e à família

As pessoas que passam por um procedimento cirúrgico estão expostas aos mais diversos sentimentos no período que abrange esse acontecimento, já que a realidade hospitalar é desconhecida tanto para elas quanto para suas famílias.

Quando um tratamento cirúrgico é proposto a uma pessoa, este normalmente não tem competência técnica e científica para avaliar a real necessidade de ser realizada a cirurgia. Assim, quando ela toma a decisão de enfrentar a cirurgia, está dando um voto de confiança à equipe cirúrgica e saindo de sua rede de apoio para se submeter às condições impostas pela situação (LEON, 2007). Neste caso, a pessoa, ao decidir submeter-se a um procedimento cirúrgico, traz consigo expectativas e preocupações relacionadas à cirurgia e à sua evolução pós-operatória.

Desta forma, percebe-se que existe uma relação de confiança entre pessoa e equipe, o que exige competência técnica e científica para que o procedimento ocorra com o mínimo de riscos, mas exige também a necessidade de se promover o preparo emocional dela e de sua família. Os aspectos técnicos e emocionais devem ser tratados de forma conjunta e harmoniosa, a fim de que a competência da equipe multiprofissional juntamente com a colaboração da pessoa para que se alcance a eficiência do tratamento cirúrgico (LEON, 2007).

A equipe de Enfermagem representa o elo mais forte entre a pessoa e o ambiente da unidade em que se encontra, por serem esses profissionais aqueles que, por maior tempo, exercem atividades junto ao paciente. O cuidado de enfermagem é o ponto chave da hospitalização, pois permite estabelecer relações que contribuem para aliviar as fontes geradoras de estresse para as pessoas em adoecimento e seus familiares (GOIS; DANTAS, 2004).

Ao desenvolver o cuidar/cuidado em cirurgia cardíaca o enfermeiro utiliza como ferramenta a interação com o cliente, caracterizada por toques, palavras e gestos, entre outros símbolos. Assim, o cuidado de Enfermagem é realizado a todo o momento, sendo alguns desses cuidados realizados de forma direta, como a administração de medicamentos, realização de curativos, orientações e a coleta de material para exames; outros, indiretos, como o registro nos prontuários, a solicitação de material e o controle de visitas (CAVALCANTI; COELHO, 2007).

No cotidiano de cuidados em cirurgia cardíaca, existe tecnologia de ponta, muita correria, alto nível de estresse e risco de morte. Diante disto, é necessário que o enfermeiro não esqueça que a sua função precípua, é o cuidado, o qual deve ser realizado de forma intencional, com respeito genuíno ao ser de seu cuidado.

Assim, nesse cotidiano deve existir uma interação, a qual deve suprir as necessidades humanas básicas da pessoa que está no perioperatório de cirurgia cardíca, como forma de atingir a manutenção dos aspectos fisiológicos e observação de suas respostas aos agressores internos e externos.

O enfermeiro precisa encorajar a verbalização da pessoa, ouvi-la, ser compreensivo e proporcionar-lhe informações que a ajudem a aliviar suas preocupações. O enfermeiro deve utilizar a linguagem como preciosa ferramenta para se fazer compreendido e assim atingir a meta da interação humana. Portanto, a linguagem utilizada no cotidiano deve estar inserida no cuidado (CAVALCANTI; COELHO, 2007).

Para que o cuidado de enfermagem tenha resultados positivos é necessária uma boa interação da enfermeira com a pessoa de seu cuidado, ajudando a vivenciar o processo de adoecimento, avaliando-a como um todo, respeitando seus valores e crenças, transcendendo o cuidar somente das necessidades básicas e promovendo o cuidado humano integral (PONTE *et al*., 2010).

Na prática de um cuidado transpessoal, a enfermeira deve buscar melhorar a qualidade de vida do ser cuidado, construindo uma relação de confiança que a possibilite estar verdadeiramente presente no momento de cuidado.

O conteúdo da Teoria Transpessoal de Watson se mostra bastante condizente com o problema a que se propõe o estudo. Esta teoria possui uma

proposta tanto humanística quanto metafísica, que está associada a valores que remetem ao reconhecimento, também, das dimensões espirituais da vida e da força interna mobilizada no momento do cuidado.

O cuidado humanizado requer reverência pela vida e presença de valores não-paternalistas, que podem ser demonstrados pela valorização da autonomia e pela livre possibilidade de escolhas, fortalecendo, assim, o autoconhecimento, o autocontrole e a disposição para autocura (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Para que o cuidado ocorra de maneira humanizada, a pessoa que está no perioperatório de cirurgia cardíaca deve ser vista pela equipe de saúde de forma singular, dentro do contexto social e familiar, para que a mesma seja valorizada e seja sensibilizada para o cuidado de si, possibilitando assim as suas escolhas e seus potenciais de vir-a-ser, interconectado com tudo e com todos que os cercam.

Portanto, este cuidado não pode ser fragmentado, centrado na doença e aparatos tecnológicos, mas visto como um momento de interação com a equipe de enfermagem, a fim de se estabelecer uma relação de ajuda e confiança.

O cuidado transpessoal determina, a *priori*, uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro. Este ser está conectado ao universo, um ser ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que a autora, em sua teoria, chama de *Caritas e Communitas* (WATSON, 2005).

Para Watson, o cuidado é reconhecido como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem a oferecer à humanidade. É a essência da Enfermagem e conota sensibilidade e co-participação entre a enfermeira, a pessoa e a família. Defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar autocontrole, autoconhecimento e promover mudanças nos hábitos de saúde (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006).

O cuidado transpessoal, mediante a consciência intencional, busca a reconstituição do ser cuidado, que significa obter um novo padrão em que ocorra unidade da mente e espírito. Neste modelo de cuidado, se pretende a compreensão do ser humano, objetivando a sua proteção, valorização a preservação da dignidade. Busca-se a transformação dos indivíduos, do *self,* através da visão das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência e autenticidade (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

A pessoa cirúrgica, ao ter respeitada a sua subjetividade, seu mundo interior e seu *self*, poderá preservar seus sentimentos, aceitar melhor as suas escolhas, potencialidades e limitações e, assim, criar um espaço para as suas necessidades como ser humano, o que refletirá em suas ações de autocuidado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Na sequência, estão apresentados o referencial teórico escolhido (Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson) e o caminho para a realização da investigação, a pesquisa-cuidado.

4.1 O referencial teórico

A Teoria do Cuidado Transpessoal propõe o crescimento e a modificação do ser humano mediante um contínuo processo de vir-a-ser, que é influenciado pela autenticidade, e pela consciência dos envolvidos no momento de cuidado. A teoria tem o ser humano como ponto de convergência de todas as ações de Enfermagem, a integralidade de corpo, mente e espírito em um processo transpessoal.

4.1.1 Biografia de Jean Watson

Jean Watson nasceu em 1940, no sul de West Virginia- Estados Unidos da América (EUA), de família de crenças espirituais firmes e princípios fortes. Em 1964, obteve o Bacharelato em Ciências de Enfermagem na Universidade de Colorado, em Boulder. Do seu largo *curriculum* destaca-se o Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, em 1966, na Universidade de Colorado, em Boulder. Foi premiada por vários trabalhos e estudos desenvolvidos na área de Enfermagem. A primeira vez em que a autora surgiu com o modelo do cuidar foi no seu primeiro livro, em que ela se propôs a realizar uma forma de servir de apoio ao desenvolvimento de um plano de estudos para o Bacharelato em Enfermagem. Este livro, intitulado por “The Philosophy and Science of Caring” (1985), foi classificado por autora como um tratado sobre a Enfermagem. Posteriormente, publicou a sua obra principal designada “Nursing: human science and care, a theory of nursing” (FAVERO, 2009).

A orientação de Watson é claramente fenomenológica, existencial e espiritual. As fontes teóricas que estiveram na base e evolução da sua teoria são diversas. Assim, para o conhecimento em Enfermagem refere-se, dentre outras, a Nightingale, Henderson, Leinninger e Peplau. Para o conhecimento humanístico-existencial, apoia-se em estudiosoda como Maslow, Heidegger, Rogers, Erikson, Sarte e outros autores e para o conhecimento de forma a definir as características necessárias à relação de ajuda inspira-se em Rogers (FERREIRA, 2010).

Jean Watson, Doutora em Filosofia da Enfermagem, é professora de Enfermagem, ministrando uma disciplina intitulada: Ciências do Cuidado, na Universidade do Colorado, Denver e Anschutz Medical Center Campus. Ela é fundadora do centro para o cuidado humano original no Colorado e é membro da Academia Americana de Enfermagem. Atuou anteriormente como presidente da Liga Americana para a Enfermagem. Suas atividades mais recentes incluem a criação e diretoria de uma fundação sem fins lucrativos: Watson Caring Science Institute (FERREIRA, 2010).

Diante do exposto, observa-se que Jean Watson atua na área do cuidado humano utilizado como embasamento os preceitos humanísticos-exitencias, buscando uma aproximação do corpo-mente-espírito.

4.1.2 A Teoria do Cuidado Humano

A Teoria do Cuidado Humano desenvolvida por Jean Watson surgiu entre 1975 e 1979, período em que lecionava na Universidade do Colorado. A teoria emergiu do resultado dos estudos realizados pela autora, no decorrer do Doutorado em Clínica e Psicologia Social.

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais vida e morte, cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (WATSON, 1985).

A autora afirma que sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da Enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando ao cuidado terapêutico. Já em 1985, a referida teoria sofreu alterações por sua autora, bem como uma redefinição dos conceitos utilizados como base de seu trabalho, assim como, introduziu o paradigma do cuidado humano transpessoal na ciência do cuidado. Este paradigma enfoca, segundo ela, o ideal moral, o significado da comunicação e do contato intersubjetivo mediante a co-participação do *self* como um todo (WATSON, 2008).

O cuidado transpessoal, por meio da consciência intencional, busca a reconstituição do ser cuidado, que significa obter um novo padrão em que ocorra unidade da mente e espírito. Neste modelo de cuidado, se pretende a compreensão

do ser humano, objetivando a sua proteção, valorização a preservação da dignidade. Busca-se a transformação dos indivíduos, do *self,* através da visão das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência e autenticidade (WATSON, 2008).

O cuidado transpessoal, com base na definição utilizada, determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o próprio ser, estando este conectado ao universo e aos outros seres humanos, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que Watson, a partir de 2005, chama em sua teoria de Caritas e Communitas (WATSON, 2007).

É neste contexto de desenvolvimento que os Fatores *Carative* inicialmente utilizados na teoria em apreço, são substituídos pelos elementos do Processo C*linical Caritas*.

Assim, em Watson (2008) encontra-se que o Processo *Clinical Caritas* vem abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial, exercitando uma atenção cuidadosa. É o que pode ser chamado de "atenção de fino trato", que é algo realmente precioso. Ao modificar o conceito *Carative* para *Clinical Caritas,* a autora pretendeu fazer evocação ao amor e cuidado conectados com uma dimensão existencial espiritual, bem como com as experiências e processos da vida humana.

4.1.2.1 Pressupostos da Teoria Transpessoal de Watson

Watson (1985) apresenta sete pressupostos básicos para o desenvolvimento de sua teoria, quais sejam:

- O cuidado humano somente pode ser demonstrado e praticado mediantede relações interpessoais;

- O cuidado humano consiste nos fatores cuidativos que resultam na satisfação de certas necessidades humanas;

- O cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento do indivíduo e de sua família; para cuidar é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser;

- Um ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial humano (auto-realização) e permite a liberdade de escolha;

- O cuidado possui maior capacidade de autogenia, quando comparado com a cura, ou seja, por ser autógeno, o cuidado gera cuidado;

- A prática do cuidado integra conhecimento biofísico com conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde para quem está doente e

- A prática do cuidado é o centro ou a essência da Enfermagem.

Esses pressupostos retratam o cuidado humano em todas as dimensões possíveis de serem trabalhadas por meio de relações interpessoais e subsidiam os dez fatores básicos de cuidado (Fatores *Carative),* organizados por Watson no seu trabalho original, em 1985, e como: Fator 1 - formação de sistema de valores humanista-altruísta; Fator 2 - a instilação da fé-esperança; Fator 3 - o cultivo da sensibilidade do próprio self e das demais pessoas; Fator 4 - o desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança; Fator 5 - a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Fator 6 - o uso sistemático de um processo criativo de solução de problemas; Fator 7 - a promoção do ensino-aprendizagem transpessoal; Fator 8 - a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física e espiritual; Fator 9 - assistência com gratificação das necessidades humanas; e Fator 10 - a permissão de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais.

4.1.3 Processo Clinical Caritas

Watson (2007) buscou expandir as ideias e valores mediante a evolução transpessoal, o que acarretou na transformação dos Fatores *Carative* em Processo *Clinical Caritas*. O Processo *Clinical Caritas* se compõe de 10 elementos de cuidado, quais sejam:

Elemento 1: Praticar o amor-gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência de cuidado.

Ao praticar o amor, a enfermeira abrir-se para o outro e com ele estabelecer uma convivência e uma comunhão. Por meio do amor-gentileza, o momento de cuidado acontece de forma a ser reconstituidor (*healing)*. Neste momento, é primordial estar presente genuinamente (WATSON, 2008).

Diante disto, a enfermeira não pode sustentar práticas de cuidado e de reconstituição *(healing)* sem estar preparada, tanto profissionalmente como espiritualmente, e querendo genuinamente desenvolver o cuidado. A autora ainda afirma que é irônico a educação e a prática de Enfermagem exigirem tanto conhecimento e habilidade para se fazer o trabalho, mas um esforço muito pequeno é dirigido para desenvolver como "Ser" (FAVERO, 2009).

Elemento 2: ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado.

Ao conectar-se com o outro, honra-o e considera-o, a enfermeira deve buscar um sentido existencial e de transcendência nesta conexão, envolvendo alma e espírito. Faz-se necessário ir além da ciência moderna, acrescentando fé e esperança para fortalecer a pessoa cuidada diante das diversidades da vida (Watson, 2008).

Assim, este elemento homenageia o sistema de crenças da enfermeira, convidando-a a se conectar quando há necessidade de fé e de esperança para inspirar-se. "Todos nós precisamos de fé e de esperança para nos conduzir pelas vicissitudes (metamorfoses), idas e voltas da existência humana no plano terrestre." (WATSON, 2008, p. 62).

A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais para a conexão entre enfermeira e pessoa cuidada. Assim, deve-se instilar fé e esperança como forma de aumentar as capacidades imanentes do ser (FAVERO, 2009).

Elemento 3: cultivar práticas próprias espirituais e do eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego.

Para o desenvolvimento do cuidado transpessoal, fazem-se necessárias práticas de evolução do próprio ser, estando em consonância com o desenvolvimento de todo o universo.

Watson (2008) afirma este elemento como sendo a ordem maior da prática profissional apontando a necessidade constante do aprendizado e afirma a necessidade de, continuamente, aprender e ensinar esse princípio aos outros. Neste *Caritas Processes*, ela retorna ao primeiro elemento, levando então naturalmente a

uma prática espiritual que se torna transpessoal. Um processo como este nos conecta a uma fonte que é superior ao ego.

Elemento 4: desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico.

A enfermeira deve estar presente de forma integral, escutar e perceber o que o outro tem a dizer, estabelecer uma percepção que vai além dos sentidos, de forma empática, aprofundar o conhecimento do outro com isenção de julgamentos e preconceitos, com profundo respeito e sensibilidade e compreender a possibilidade de falha do ser humano fará com que a enfermeira seja capaz de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda-confiança (WATSON, 2008).

No desenvolvimento de uma relação de cuidado Caritas autêntica de cuidado é essencial um momento de cuidado capaz de contemplar a unidade total da pessoa (mente-corpo-espírito) em uma relação de ajuda-confiança (FAVERO, 2009).

Elemento 5: ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada.

As emoções e os sentimentos que as representam fazem parte do percebesse, sentir-se e pensar do ser humano, assim os mesmos devem ser expressas e valorizadas em cada situação, seja essa emoção positiva ou negativa. Sentimentos existem e são bem vindos, entretanto, um sentimento negativo não deve se transformar na tônica da vida da pessoa, pois nesse caso se transforma em gerador de desequilíbrio, podendo advir a doença. À enfermeira cabe utilizar essa expressão para ajudar o outro a fortalecer a reconstituição de si mesmo (FAVERO, 2009).

Watson (2008) afirma que os envolvidos no processo de cuidar são capazes, graças a sua consciência *caritas*, de entrar no espaço da vida do outro e conectar-se com a vida interior subjetiva, está se unindo com o mais profundo espírito do seu *self* e do outro. Esta é a base para um momento de cuidado transpessoal e uma relação de reconstituição.

Elemento 6: usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição.

No desenvolvimento de um cuidado trnspessoal, a enfermeira lançar mão não só do conhecimento científico apreendido no mundo acadêmico, mas também de sua intuição, senso comum, conhecimento estético, ético, pessoal, religioso e de suas experiências de vida. Algumas outras modalidades de cuidado podem ser acionadas, como por exemplo, o toque terapêutico, que utilizado como um estímulo na pele pode ter um efeito altamente renovador e benéfico (WATSON, 2008).

A evolução ocorrida na teoria desde 1979, demonstra que a enfermeira *"caritas"* realiza o processo de cuidar como um momento criativo, intuitivo, estético, ético, pessoal e até mesmo espiritual, bem como um processo profissional técnico-científico (FAVERO, 2009).

Elemento 7: engajar-se em experiência genuína de ensino-aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro.

A enfermeira ao estabelecer a verdadeira conexão com o ser cuidado deve-se preocupar com as formas alternativas de reconhecer suas próprias necessidades e exercer o autoconhecimento de suas capacidades. Para tanto, deve se ter em mente a vivência do outro ser como ponto de partida e respeitar suas limitações. Esse fato leva ao crescimento e aprendizagem de ambos os seres envolvidos, o que ultrapassará o ensinar como ainda é conhecido, devendo verdadeiramente promover mudanças de comportamento (WATSON, 2008).

Watson (2008) afirma que aprender é mais do que receber informações, fatos, ou dados. Envolve um significado, que está confiado na relação intersubjetiva; a natureza da relação, bem como a forma e o contexto do ensino afetam o processo.

Afirma ainda que tanto o conteúdo como a disponibilidade da pessoa para receber as informações são diferentes. O significado que cada conteúdo tem para a pessoa, afeta sua capacidade de receber e compreender as informações. O processo de aprendizagem torna-se genuinamente transpessoal, em que a experiência, a relação, o significado e importância da experiência afetam ambas as partes dentro do encontro do ensino (FAVERO, 2009).

Elemento 8: criar um ambiente de reconstituição (healing) em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, a beleza, o conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados.

Os fatores externos ao ambiente são capazes de promover um clima de envolvimento e intimidade necessários para o desenvolvimento do cuidado, como conforto, segurança, comodidade, além de ser limpo e saudável. Dessa forma, a enfermeira *caritas* deve compreeder que estes fatores podem contribuir ou prejudicar a qualidade de vida do ser-cuidado, já que o ser humano está em constante conexão com o cosmos e as leis da natureza (WATSON, 2008).

Elemento 9: ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente- espírito, a totalidade e a unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado.

Neste elemento deve ser ressaltado que o ser representa o espírito de um corpo em evolução espiritual e esse fato diz respeito à existência de necessidades básicas ou de sobrevivência relacionadas ao corpo físico e necessidades espirituais que se fazem presentes. Porém, essa unidade que representa o ser não pode ter satisfeitas apenas suas necessidades básicas. Desta forma, é função da enfermeira percebê-lo na totalidade de suas necessidades e na totalidade da conexão da mente-corpo-espírito ao cosmos (WATSON, 2008).

Watson (2005) diz que no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrarmo-nos de que somos todos feitos de espírito, ligados a, e pertencentes ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separarmo-nos como indivíduos.

Elemento 10: dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

O ser cuidado ao reconhecer-se como um ser em evolução e praticar essa evolução será capaz de despertar em si o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, a complexidade dos seres e o insondável do universo com seus mistérios sem respostas (WATSON, 2008).

Favero (2009) coloca que este elemento de Watson originalmente advindo do fator de cuidado número 10 descrito em seu primeiro livro em 1979, é talvez o elemento mais difícil das pessoas entenderem, em parte devido à linguagem e aos termos utilizados. Desta forma, coloca que na ciência moderna não existem todas as respostas para a vida e a morte e para todas as condições humanas questão enfrentadas. Diante disto, é importante estar atento e aberto às indefinições que não se pode controlar, permitindo até mesmo o que pode se considerar um 'milagre' para a vida.

4.1.3 Conceitos

Watson (1985) aborda os metaparadigmas da enfermagem, sendo estes conceitos centrais da profissão. Os quatro maiores metaparadigmas, que são preconizados na elaboração das teorias de enfermagem são: Ser Humano, Saúde, Ambiente e Enfermagem. Tais conceitos formulados por Watson encontram-se mais claramente explícitos na primeira versão de sua obra.

4.1.3.1 Ser Humano

Watson (1985) define o ser humano como o ser valorizado em si mesmo e para si mesmo para ser cuidado, respeitado, nutrido, compreendido e auxiliado. É em geral uma visão filosófica de uma pessoa como um ser completamente integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente das somas de suas partes. Assim, o ser humano é integral, constituído tanto de componentes adoecidos quanto de sadios do ser, tais como, o senso crítico e a espiritualidade.

A pessoa é mais do que a soma das suas partes e diferente delas; cada uma desenvolve-se no seu campo fenomenológico, que nunca é conhecido por outro ser, podendo, no entanto, segundo a autora, através da empatia ser possível começar a conhecer a realidade da outra pessoa.

4.1.3.2 Saúde

Para Watson (1985), a saúde é a unidade e à harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada com o grau de congruência entre o ser como percebido e o ser como apresentado. Assim, a saúde existe quando há harmonia com o mundo e a pessoa está susceptível à mudança, o eu interiorizado é igual ao apresentado; a doença acontece quando não existe harmonia entre o eu interno e a pessoa. Além disso, ela refere que o indivíduo define o seu próprio

estado de saúde ou doença, pois ela considera a saúde como um componente subjetivo na mente da pessoa.

Assim, a transformação dos indivíduos, do self, se dá pela da visão das possibilidades de ação de cada ser e a partir da sua própria consciência e da autenticidade em relação ao seu estado de saúde.

4.1.3.3 Ambiente

Para Watson (1985), o ambiente não é claramente definido, pois ela refere o mesmo como fazendo parte do mundo externo da pessoa, em que afirma que “cuidado” tem existido em todas as sociedades, em que a atitude de cuidar não é transmitida de geração em geração por meio dos genes, mas sim pela cultura da profissão, como única forma de enfrentar seu ambiente.

4.1.3.4 Enfermagem

A Enfermagem é a ciência humana do cuidado de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos. É um processo intersubjetivo de transação de um ser humano com outro (modelo de *Human Care*). Quando o enfermeiro entra no campo fenomenológico do outro que está a cuidar, de forma a detectar, avaliar e dar resposta ás necessidades daquela pessoa a quem presta cuidados, começa então o *Human Care.* A ciência do cuidado enfoca predominantemente a promoção da saúde e, para tanto, necessita expandir a visão de mundo e a habilidade de pensamento crítico (WATSON, 1985).

O cuidado é entendido numa abordagem humanística e comportamental, na qual a Enfermagem consiste na ciência e na filosofia do cuidado e, para tal, precisa ter o cultivo da sensibilidade, da autoconfiança, da promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos, utilização de um processo de cuidar criativo de resolução de problemas, assistir nas necessidades humanas e admitir forças existenciais, fenomenológicas e espirituais nesse cuidar. Desta forma, o fundamento sólido para a ciência do cuidado está pautado na habilidade do pensamento crítico e da visão expandida do mundo (WATSON, 2005).

Assim, o cuidado de enfermagem deve ser desenvolvido buscando uma interação entre as habilidades técnicas-cientifícas, espirituais e emocionais da enfermeira, além de sua vontade de realizar verdadeiramente o cuidado.

4.2 O caminho para a realização da investigação

Esta investigação tem desenho de uma pesquisa-cuidado, com abordagem de análise qualitativa. A pesquisa-cuidado é um método de pesquisa que estabelece uma aproximação especial e singular do ser pesquisador com o ser pesquisado, em um entrelaçamento de ações que resultam em benefícios a ambos, pois possibilita a apreensão de dados a serem desvelados pelo processo investigativo e o cuidado simultâneo (NEVES; ZAGONEL, 2006)

A pesquisa-cuidado surge em decorrência da necessidade de se desenvolver uma metodologia dotada de particularidade à área da Enfermagem, com a qual deve manter uma ligação de reciprocidade e cujos resultados possam subsidiar suas práticas (LACERDA et al, 2008).

Trata-se de uma abordagem de pesquisa coerente com a natureza da Enfermagem, integrando a pesquisa e o cuidado como elementos complementares à atuação do enfermeiro, permitindo-lhe fazer uma inter-relação entre conceitos, metodologia e cuidado, o que oportuniza ao pesquisador e ser pesquisado a expressão de dúvidas, sentimentos, incertezas, inseguranças com o adoecimento, mas principalmente ativa as relações intersubjetivas, pelo carinho, valorização do ser e estratégias de elevar a autoestima (ROCHA; ZAGONEL, 2009).

Com isso, a pesquisa-cuidado “busca a conexão entre método e cuidado, não oferecendo ao método o foco central da interação, mas ao sujeito pesquisado em sua total essência. Não é apenas ativar o desvelamento e as descobertas por meio do método, mas é um acender a luz dentro do ser, focalizando suas possibilidades, sua existência, a essência da experiência” (NEVES; ZAGONEL, 2006, p.74).

A proposta de pesquisar-cuidar contém em sim uma abordagem humanística; é um instrumento para ajudar o ser pesquisador-cuidador e o ser pesquisado-cuidado, mediante a união da teorização, do embasamento teórico e da prática do cuidado (LACERDA et al, 2008).

Desta forma, a pesquisa-cuidado, proposta por Neves e Zagonel (2006), percorre etapas para a sua efetivação, que podem ser estabelecidas conforme se processa o encontro entre o ser pesquisador-cuidado e o ser pesquisado-cuidado.

Para tanto, propõem que sejam percorridas as seguintes etapas: aproximação com o objeto de estudo; encontro com o ser pesquisado-cuidado; estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática do cuidado; afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado; análise do apreendido.

4.2.1 Aproximação com o objeto de estudo

Nesta fase, atendendo aos ensinamentos de Neves e Zagonel (2006), selecionou-se o objeto de estudo, de maneira que o método estivesse de acordo com os resultados esperados. A aproximação com o objeto de estudo ocorreu inicialmente quando a pesquisadora estava no período de Internato, durante o Curso de Graduação em Enfermagem, locada na unidade de terapia intensiva pós-operatória. Outro fator de proximidade decorreu da experiência como bolsista de iniciação cientifica pesquisando ações cuidativas de enfermagem dirigidas a pessoas com adoecimento cardiovascular.

Ainda como aproximação com o objeto do estudo, foi fundamental a configuração da revisão de literatura para auxiliar na delimitação do objeto de estudo, como forma de analisar o conhecimento existente, propiciar novas incursões à temática, oferecer segurança ao pesquisador, permitir delimitação de um modelo para seguimento à pesquisa, bem como encontrar lacunas no conhecimento a área de estudo.

Atendendo a esta recomendação, tentou-se fornecer clareza ao objeto da investigação na parte introdutória, assim como se descreveu o estado da arte dos temas abordados no item referente à revisão de literatura.

A escolha do objeto de estudo iniciou com a inquietação em desvelar como o cuidado clínico de Enfermagem pode contribuir para o conforto do ser-cardiopata no processo de realização da cirurgia cardíaca. E a escolha do referencial metodológico atende aos propósitos do estudo, pois permite, que além da pesquisa, sejam desenvolvidos ações de cuidado, e juntamente com o Processo *Clinical Caritas* de Jean Watson, possibilitará a criação de um elo entre ser cuidado e ser cuidador.

Desta forma, ao delinear a questão norteadora sobre “Como o cuidado clínico transpessoal de Enfermagem contribui para o bem-estar do ser-cardiopata no

perioperatório de cirurgia cardíaca?", foram buscadas respostas pela aplicação rigorosa do método de pesquisa cuidado, por entender que esta guardava consonância com a pesquisa qualitativa e às necessidades do ser pesquisado-cuidado. Após aproximação com o objeto de estudo, iniciou-se a segunda fase proposta pelo método, o encontro com o ser pesquisado-cuidado.

4.2.2 Encontro com o ser pesquisado-cuidado

Nesta segunda etapa, ocorreu o primeiro momento de interação entre o ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado, onde foram identificadas as suas necessidades do segundo em relação aos cuidados clínicos de enfermagem. Para este contato o pesquisador-cuidador necessitou de cautela, respeito e atitude ética com os participantes, familiares, demais profissionais de saúde e administradores institucionais, além de ter sido necessário estabelecer relação de sensibilização e conhecimento, considerando a efetivação do processo de pesquisa-cuidado (NEVES; ZAGONEL, 2006).

O encontro se deu primeiramente com as enfermeiras das unidades de internação, ocasião em que foi explicado o objetivo do estudo, tendo a preocupação em estabelecer uma relação de companheirismo, quando foi deixado claro, a preocupação da pesquisadora-cuidadora em colaborar com as atividades de cuidado e não prejudicar o andamento das atividades do serviço.

Para este encontro, a pesquisadora-cuidadora visitou as enfermeiras das unidades de internação tipo enfermaria, apresentando o projeto de pesquisa e solicitando sua ajuda para identificar as pessoas com possibilidades de se tornarem pesquisados-cuidados.

Deste modo, a pesquisa foi desenvolvida com pessoas com cardiopatias internados em enfermarias da instituição, com agendamento para cirurgia cardíaca, de um hospital de grande porte, especializado em adoecimentos cardiopulmonares, localizado no município de Fortaleza-Ceará.

A escolha do local de estudo deu-se por se tratar de uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Dispondo de todos os procedimentos de alta complexidade nestas áreas e destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças. A instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e atende

pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país (RIBEIRO; CAETANO; PENAFORTE, 2009).

Ao longo de mais de 80 anos de história e trabalho, o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes consolida-se, em 2014, como centro de referência nacional na assistência à saúde, e centro de estudos e pesquisa, nas áreas cardiovascular, torácica e pulmonar. Durante mais oito décadas, a instituição investiu no desenvolvimento tecnológico e científico e hoje realiza tratamentos de ponta e procedimentos de alta complexidade, ainda não disponíveis em outras regiões do país (HOSPITAL DE MESSEJANA, sd).

O transplante de pulmão e o projeto coração artificial, por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste, só ocorrem no Hospital de Messejana. Já o Sistema de Mapeamento Eletroanatômico Tridimensional, que intervem nas arritmias complexas, é exclusividade do HM na rede SUS. Na área de ensino e pesquisa, o Hospital também parte na frente sendo o primeiro do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil a ter o Doutorado em Cardiologia (HOSPITAL DE MESSEJANA, sd).

O estudo de campo foi realizado nos meses de junho a agosto de 2013 e realizado com dez pessoas com cardiopatias que foram submetidos à cirurgia cardíaca. Não houve preocupação com a quantidade de participantes, posto interessar a saturação empírica em torno do fenômeno em estudo. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade entre 18 e 60 anos, que tivesse adoecimento cardíaco, e que iam realizar, por agendamento eletivo, uma cirurgia cardíaca pela primeira vez. Critérios de exclusão: ter a cirurgia remarcada e apresentar déficit neurológico após a realização da cirurgia. Nestes critérios, foram excluídas quatro pessoas.

As informações obtidas permitem considerar que se trata de um grupo de dez pesquisados-cuidados com cardiopatias que foram submetidos ao procedimento cirúrgico, constituído, em sua maioria, de homens, nove, com faixa de idade concentrada entre 40 e 50 anos, oito, casados ou em união estável, oito, procedentes da capital do Estado do Ceará, seis, sendo uma pessoa de outro estado, de religião católica, seis. O grupo iminentemente foi por pessoas que cursaram até o ensino fundamental, com renda familiar de até um salário mínimo vigente no país, nove, oriunda de trabalhos característicos como requeredores de baixa escolaridade, como motoristas, porteiros e outros.

O trabalho de campo se deu em quatro momentos prioritários, sendo que em alguns casos houve um quantitativo maior de encontro devido à necessidade de cuidado requerente pelo pesquisado-cuidado, e cada um com tempo necessário para o estabelecimento de relação transpessoal de cuidar. A seguir, descrevem-se os quatro encontros comuns a todos os pesquisados-cuidados, deixando para relatar detalhadamente cada encontro na primeira categoria dos resultados.

O primeiro encontro foi realizado, em quatro situações, 24 horas antes da cirurgia, em três, 36 horas, e os outros três em 72 horas. O tempo para a realização do encontro variou entre 30 a 65 minutos. Em todas as situações, a pesquisadora-cuidadora aguardou a chegada do pesquisado-cuidado no centro-cirúrgico e permaneceu com ele até a indução anestésica, caracterizando o segundo encontro.

O terceiro encontro aconteceu na unidade pós-operatória. Sendo que em todas as situações, o mesmo aconteceu nas primeiras 24 horas, caracterizado como pós-operatório imediato, já que o objetivo da pesquisadora-cuidadora era estar presente no momento de maior instabilidade dos pesquisados-cuidados, qual seja seus primeiros momentos de POI, que se inicia pela chegada neste setor. A pesquisadora-cuidadora permaneceu com os pesquisados-cuidados entre 120 a 180 minutos

O quarto encontro foi realizado em quatro situações, com 48 horas após a realização da cirurgia e, em seis, com 72 horas. E em quatro situações, a pesquisadora-cuidadora acompanhou o pesquisado-cuidado na alta da UTI e retorno para a enfermaria. O tempo para a realização do encontro variou entre 320 a 360 minutos.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada tendo como questão de pesquisa: *O que eu posso fazer para que você se sinta melhor neste momento?* Essa pergunta foi feita nos quatro encontros. Decidiu-se, também, construir três instrumentos de coleta de dados: um para o período pré-operatório, visando conhecer o paciente e suas necessidades; um para o período transoperatório, com o objetivo de identificar intercorrências ou complicações que pudessem interferir no pós-operatório; e outro para o período pós-operatório, com o objetivo de identificar as necessidades de conforto do ser-cuidado (APÊNDICE B, C e D).

Os depoimentos foram gravados em um gravador digital, mediante autorização do participante, e também foram registrados, em um diário de campo, os dados de observação do entrevistador, como por exemplo, expressões corporais, tom de voz e choro. O diário de campo foi utilizado com o objetivo de assegurar a integralidade e fidedignidade das informações apreendidas, as quais foram rigorosamente registradas.

Após identificados, com ajuda das enfermeiras dos setores de internação, estas pessoas foram contatados pela pesquisadora-cuidadora para participar da investigação. Diante do seu aceite, foram convidados a apreciar e, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Após a assinatura do TCLE, a pesquisadora foi denominada pesquisadora-cuidadora (PC) e os participantes da investigação passaram a ser denominado pesquisado-cuidado, sendo identificados de acordo com a ordem de realização das entrevistas (PQ1, PQ2, PQ3...).

Neste estudo foram atendidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, respeitando o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

O pesquisado-cuidado teve plena liberdade para aceitar ou não o convite para participar, assim como, a qualquer momento poderia desistir e cancelar seu consentimento sem nenhum prejuízo moral, físico ou social. Foi deixado claro que sua participação não era obrigatória. Os riscos do estudo foram mínimos e, quando ocorreu algum desconforto ou mal estar a pesquisadora estava atenta para minimizá-lo ou resolvê-lo. Quanto aos benefícios foi garantido que a investigação contribuiria para que a Enfermagem pudesse ajudar a pessoa no perioperatório de cirurgia cardíaca a vencer as barreiras impostas pela cirurgia por meio de um melhor cuidado de enfermagem.

A privacidade e a proteção de sua imagem foram garantidas e sempre que as informações prestadas forem utilizadas, fosse mantido sigilo de sua identidade. O pesquisado cuidado não recebeu remuneração, assim como não teve nenhum gasto com o estudo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), processo n° 232.471, como unidade proponente. Posteriormente, iniciou-se a coleta de dados.

4.2.3 Estabelecimento das conexões de pesquisa, teoria e prática do cuidado

Essa fase foi determinante para o sucesso da aplicação do método pesquisa-cuidado, pois está relacionada à articulação entre a pesquisa (método de pesquisa-cuidado), o referencial teórico (Teoria Transpessoal de Jean Watson), e a prática (ações de cuidados efetivadas no momento do encontro), o que possibilitou a aproximação do ser pesquisadora-cuidadora com o ser pesquisado-cuidado para a realização das entrevistas.

Nesta fase foram definidas as prioridades de cuidado, as quais foram pensadas em comum acordo entre os sujeitos da pesquisa e na qual ocorreu a implementação dos cuidados de Enfermagem para promover o conforto do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca

Neves e Zagonel (2006) afirmam que o ser-pesquisador deve evitar interferências, julgamento de valor ou posições pessoais, apenas colocar-se como presença, ouvindo. Somente após a conclusão do pensamento do ser-pesquisado é possível estabelecer a relação dialógica em que o pesquisador aponta aspectos relevantes que necessitam de intervenção, de efetivo cuidado, os quais foram detectados quando se ouvia o entrevistado.

As autoras também afirmam que a forma de viabilizar o cuidado depende da situação vivenciada pelo ser pesquisador e ser pesquisado, pois o cuidado se estabelece de diferentes formas, ouvindo, olhando, estando presente, tocando, respeitando comportamentos e atitudes, estabelecendo relacionamento de confiança, indicando caminhos, facilitando o enfrentamento de situações novas e difíceis, e habilitando os para a adaptação ao papel que está se delineando a partir das vivências do cliente.

Pensando-se em estabelecer as conexões ser-pesquisado e ser-pesquisadora, no primeiro encontro com o pesquisado-cuidado, a pesquisadora-cuidadora se deteve a escutar de forma a construir um vinculo com o pesquisado-cuidado. Diante das falas dos pesquisados, observou-se que os pesquisados-

cuidados, naqueles momentos, necessitavam relatar sua experiência, discutir a sua situação, falar sobre a doença e sua evolução. Assim, a pesquisadora-cuidadora evitou interferências, julgamento de valor ou posições pessoais, apenas colocou-se como ouvinte.

Após a fala dos pesquisados-cuidados detectou-se a necessidade de abordar o processo saúde-doença, explicando as características de seu adoecimento, da cirurgia cardíaca em si, dos prováveis acontecimentos no pós-operatório imediato, mediato e tardio.

No segundo encontro, realizado já no centro-cirúrgico, quando eles realizariam o procedimento cirúrgico, o objetivo da pesquisadora-cuidadora foi se mostrar presente para qualquer necessidade que pudesse vim a surgir, intensificado o vínculo com o pesquisado-cuidado e sua família. Isto porque, o momento da chegada ao centro-cirúrgico até a indução anestésica é de grande instabilidade emocional, necessitando, mais criteriosamente, deixar o pesquisado-cuidado expor suas necessidades sem a indução de questionamentos (SOUZA, 2004).

Já no terceiro-encontro, realizado na UTI durante o pós-operatório imediato, a pesquisadora acompanhava o pesquisado-cuidado. Oito deles foram encontrados ainda em narcose, intubados e utilizando suporte ventilatório, com acesso venoso central, em uso de drogas vasoativas, com drenos torácicos e de mediastino e com sonda vesical de demora. Nas outras duas situações, quando a pesquisadora-cuidadora chegou à UTI pós-operatório, os pesquisados-cuidados já estavam bem acordados, na sequencia sendo extubados no período noturno, devido à boa estabilidade hemodinâmica e ao despertar precoce. Neste terceiro encontro, a pesquisadora-cuidadora se deteve a estar presente observar e quando necessário participou do processo interventivo de cuidado.

Durante o quarto encontro, realizado também na UTI, durante o pós-operatório mediato, diante da estabilização hemodinâmica dos pesquisados-cuidados, a pesquisadora-cuidadora utilizou o terceiro instrumento de coleta de dados. Sendo que, a prioridade era respeitar as possibilidades e necessidades apresentadas pelo pesquisado-cuidado.

Assim, a pesquisadora-cuidadora escutou o pesquisado-cuidado, apoiou à expressão de seus sentimentos, as sensações, as emoções, as reações, as

implicações, os riscos, as dificuldades e as facilidades diante da internação em uma UTI e após a realização de uma cirurgia cardíaca.

Durante os períodos em que acompanhou os pesquisados-cuidados, a pesquisadora-cuidadora se envolveu no desempenho de intervenções/ações de enfermagem procedimentais necessárias ao atendimento de suas necessidades, incluindo, além da escuta e disposição de estar-com, atividades como: realização de curativos, administração de medicamentos, aspirações e etc.

4.2.4 Afastamento do ser pesquisador-cuidador e ser pesquisado-cuidado

Essa etapa exigiu sensibilidade de ambos (pesquisador e ser pesquisado) para indicar o término do encontro, considerando sua finalidade. Esse momento foi preparado durante toda a trajetória metodológica, para que ao final dos encontros o ser pesquisado-cuidado estivesse preparado para o afastamento do ser pesquisadora-cuidadora, para então, iniciar a análise de todo o material apreendido.

Nesse sentido, já ao iniciar a aproximação, foi explicado sobre a pesquisa e seus objetivos, descrevendo claramente as etapas, considerando a aproximação, o cuidado a ser prestado e o encerramento do encontro.

O afastamento, embora previamente acordado, em alguns casos representou um momento de tristeza relatado pelos pesquisados-cuidados, demonstrando decepção com o afastamento da pesquisadora-cuidadora, alegando que se sentiam mais confiantes com a sua presença e que esperavam a continuidade dos cuidados recebidos durante todo o processo de realização da cirurgia.

Diante do exposto, a pesquisadora-cuidadora visitou todos os pesquisados-cuidados após o retorno para a enfermaria e em alguns casos manteve o contato até a alta hospitalar.

4.2.5 Análise do apreendido

Para apreender o significado dos discursos do ser no perioperatório de cirurgia cardíaca, as informações foram analisadas com o olhar no referencial teórico da Teoria Transpessoal de Jean Watson, bem como da literatura pertinente ao tema

em questão e utilizou-se como estratégia para apreciação dos dados a Análise de Conteúdo de Bardin (2010). Os dados de identificação dos pesquisados-cuidados foram apresentados de modo descritivo.

Nesse tipo de método, de pesquisa-cuidado o objetivo não é quantificar, mas buscar significados à vivência de determinado fenômeno. Dessa forma, a pesquisa-cuidado serve aos propósitos da profissão de Enfermagem, reafirmando o enfoque central do cuidado em função do ser pesquisado, permitindo ao ser mostrar-se por si mesmo. O processo de cuidar e o processo de pesquisar andam juntos, pois ao mesmo tempo em que se desenvolvem as etapas sistematizadas e organizadas do processo de cuidar em Enfermagem (conhecer o cliente, detectar problemas, implementar medidas de cuidado e avaliar) se seguem rigorosamente os passos do método de pesquisa escolhido.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, empregando-se, como abordagem fundamental, o referencial de Bardin (2010). Para a autora, análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicando (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010).

Dentre as técnicas propostas, optou-se pela modalidade Temática que, como o próprio nome diz, fundamenta-se Na formação de temas. Para a autora, “tema é uma unidade de significados que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia a leitura” (BARDIN, 2010, p.48). .

A Análise Temática organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e a interpretação.

Pré-análise

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita e correspondente a um período de intuições, mas tem como objetivo tornar operacional e sistematizar

as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise (BARDIN, 2010).

Exploração do material

É fase mais longa, pois pode haver a necessidade de várias leituras de um mesmo material. Considera em operação de codificação, enumeração, comparação e outros. Nesta fase, é importante ter em mente que o dado não existe por si só, mas é construído a partir de um questionamento, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos para identificação do que é relevante e da elaboração de categorias (BARDIN, 2010).

Tratamento dos resultados e interpretação

Momento em que os dados são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos. A partir desses dados, o pesquisador faz interpretações a propósito dos objetivos previstos. Os tipos de inferências alcançados, em contato com as questões de pesquisa e com o corpo teórico do trabalho, podem levar a descobertas inesperadas e a uma nova linha de ação, em torno de novas dimensões teóricas (BARDIN, 2010).

A partir das questões de caráter aberto que fizeram parte da entrevista, procedeu-se à organização das respostas em torno dos temas de cada questão, organizando-as em unidades temáticas, as quais foram aprioristicamente agrupadas considerando os elementos do Processo *Clinical Caritas*.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontra-se na sequencia a descrição do processo *Clinical Caritas* desenvolvido entre pesquisado-cuidado e pesquisador-cuidador.

Inicialmente, apresenta-se a descrição dos encontros, revelando as subjetividades da pesquisadora e pessoas cuidadas, envolvendo nuanças dos participantes da investigação, e relatos das conexões que se deram no processo de pesquisar e cuidar. Por fim, a descrição do que resultou dos cuidados dirigidos aos pesquisados-cuidados com base no processo *Clinical Caritas* de Jean Watson.

5.1 Os encontros e conexões

Na sequencia, passo a relatar como os pesquisados-cuidados com cardiopatias foram percebidos durante o perioperatório de cirurgia cardíaca.

A primeira pesquisada-cuidada, PQ1, é uma mulher tímida de 48 anos, evangélica, casada, procedente do interior do estado e dona de casa. No primeiro encontro, realizado dezoito horas antes da cirurgia, apresentava-se ansiosa. Contudo, acessível a participar da pesquisa, falava com amor dos filhos e do marido e de sua importância no convívio familiar. Muito religiosa, sempre com a bíblia nas mãos, afirmava que sua vida era de Deus e tudo dependia de sua vontade.

No começo da entrevista, respondia às perguntas com insegurança, cabeça baixa, sempre buscando apoio dos outros pacientes. No decorrer do encontro, conseguiu expressar seus sentimentos e, principalmente, expor suas angústias diante de uma hospitalização de longo período, já que estava há um mês internada. Durante esse primeiro momento, a pesquisadora-cuidadora, PC, incentivou a exposição dos sentimentos, ouviu com atenção tudo o que ela falava.

Dessa forma, utilizava o primeiro *Caritas Process* de Watson (2008), pois ao praticar o amor, gentileza, imparcialidade e equidade no contexto da consciência do cuidado, buscava aproximação com o ser cuidado, um caminho para a união transpessoal.

Vários temas foram abordados durante esse primeiro encontro e ambas encaminhavam para a construção de uma união, em que a enfermeira pode desenvolver uma relação de ajuda e confiança, como forma de perceber o outro mais profundamente, com refere o quarto *Caritas Process*.

No segundo encontro, realizado no centro cirúrgico (CC), a PC observou a expressão de surpresa da pesquisada ao vê-la e, depois, sorrindo e afirmou que a sua presença era importante naquele momento de sua vida. Ela estava acompanhada da enfermeira, que foi muito carinhosa e prestativa, e do marido. Ao ser encaminhada para a sala de cirurgia segurou as mãos da PC e pediu para que todas as informações da cirurgia fossem repassadas para o seu marido. Durante todo tempo, demonstrou estar ansiosa e com medo.

A PC permanece com PQ1 até a indução anestésica. Ao sair do CC fala com o marido de PQ1, tentando acalma-lo e incentivando a continuar a orar por ela.

Assim, o quarto *Caritas Process* foi utilizado. Watson (2008) expõe que, para o desenvolvimento de uma autêntica relação de cuidado, é necessário fazer-se presente, estabelecer uma relação que vai além dos sentidos, de forma empática, com respeito e sensibilidade, além da isenção de julgamentos e preconceitos.

No terceiro encontro, realizado no dia seguinte à cirurgia, a pesquisada-cuidada continuava intubada, contudo acordada e consciente. Muito ansiosa, pedia para retirar o tubo de sua boca e afirmava estar muito desconfortável. Ao iniciar a conversa a PC pediu para que PQ1 demonstrar-se com gestos todas as coisas que a estavam incomodando. A primeira tentou explicar que naquele momento não tinha como ser retirado o tubo, já que aquele aparelho estava ajudando-a respirar, mas que logo que possível iria ser retirado.

Diante disso, foi utilizado o quinto *Caritas Process* para que ela pudesse expressar suas emoções e sentimentos de modo verdadeiro e, a partir dessa expressão, foi possível ajudá-la a fortalecer sua própria reconstituição (*healing)*. E ao expressar suas angustias, a PC foi capaz de utilizar o sétimo *Caritas Process*, já que tais sentimentos e vivências experenciadas foram transformados em ponto de partida para o crescimento e superação, como uma experiência de ensino-aprendizagem.

Também, foi utilizado o nono *Caritas Process ao* ajudá-la quanto às necessidades básicas, de ordem inferior (biofísica), e superior (psicossociais e intrapessoais) por perceber a agitação, irritação e angústia que PQ1 demonstrava relacionada aos equipamentos.

Observou-se que após as explicações, PQ1 ficou observando o monitor e se acalmando. A PC conversou um pouco mais com ela, dizendo que tudo estava se encaminhando bem, que ela era uma mulher forte e que tudo iria acabar logo. Como, desde o primeiro momento, foi observado a sua forte religiosidade, a PC resolveu colocar um louvor que tinha em seu celular para tentar acalmá-la.

Utilizou-se então o segundo *Caritas Process*, pois segundo Watson (2008), não se deve ignorar a importância da fé e da esperança, e o papel que desempenham na vida das pessoas, especialmente quando confrontada com as incógnitas e mistérios humanos.

No quarto encontro, realizado no terceiro dia após a cirurgia, a pesquisada-cuidada estava mais confortável, já sem o tubo orotraqueal, comunicava-se com facilidade com a equipe, porém bastante ansiosa e com dificuldades em se alimentar, apresentando náuseas e vômitos.

Diante disto, a PC tentou identificar os motivos que estavam deixando-a preocupada, ela falou em relação a alta para enfermaria que estava demorando muito, fazendo-a acreditar que não esteja melhorando. A PC tentou explica-lhe que às vezes passar um tempo a mais na UTI, não significa que não esteja melhorando, mas que por conta de suas outras doenças, hipertensão, diabetes e insuficiência renal, ela necessita de mais cuidados específicos, os quais são realizados na UTI.

A entrevista com realizada com facilidade, PQ1 respondeu de forma firme, em alguns momentos se emocionava ao falar dos filhos e do marido, deixando claro que o período de internação era um momento muito difícil em sua vida e ter uma pessoa para conversar é bom e importante para o seu bem-estar.

Ao conversar com a enfermeira responsável pela pesquisada-cuidada, PC descobriu que a mesma esta com alta prevista para o dia seguinte. Com o objetivo de animar a PQ1, ela a informa da previsão de alta, embora sendo explicado que se tratava de uma previsão, e tudo dependeria da manutenção da estabilidade de seu quadro. Acrescentou-se a necessidade de ser mantida calma, crédito que tudo daria

certo, devendo ser mantida a fé em Deus. Afinal, Ele não a abandonaria e que ela era uma mulher forte e conseguiria vencer mais essa batalha em sua vida. A PC despediu-se, informando que no outro dia seria o último encontro e que a mesma iria acompanhá-la na transferência para a enfermaria.

No quinto encontro, a PC ficou bastante apreensiva, já que era o ultimo encontro com a pesquisada-cuidada. Ao entrar na UTI, observou que PQ1 olhava para ela com expectativa, estando bastante alegre e sorridente. Ao falar com PQ1, a mesma relatou que estava receosa por ser transferida e não ter a presença da PC.

A PC fica feliz em perceber que uma relação de ajuda–confiança foi estabelecida e apesar de todas as dificuldades que ainda enfrentava, PQ1 estava conseguindo se recuperar bem e o seu retorno para casa era questão de tempo.

A transferência ocorre sem intercorrências, de forma tranquila, o marido da PQ1 estava na enfermaria aguardando-a. Ao conversar com o marido ela se emocionou bastante, a PC ficou um pouco afastada para permitir a intimidade do casal.

Por fim, a PC se despede, explicando mais uma vez que era necessário o afastamento para que se pudesse analisar todos os dados apreendidos. Ela agradeceu bastante à presença da PC nesse momento complicado de sua vida. PC fica muito emocionada com o seu gesto de carinho e fala da importância de sua participação em sua pesquisa e o prazer que teve de acompanhar uma mulher forte em sua batalha para sobreviver.

Assim, utilizou os elementos 1, 2, 4, 6, 7 e 8, em um misto de presença, atenção, amor, gentileza, cuidado, ajuda-confiança, uso criativo do conhecimento, aprendizado com as novas situações e com as já vivenciadas, na tentativa de reconstituição, criar um ambiente capaz de restaurar os envolvidos naquela relação de cuidado.

O segundo pesquisado-cuidado, PQ2, era um homem alegre, sorridente que gostava de animar o ambiente hospitalar com suas histórias. Tinha 61 anos, era evangélico, casado, reside em fortaleza, aposentado, havia concluído o ensino fundamental e morava com a esposa e duas netas.

No primeiro encontro, realizado há vinte e duas horas antes da cirurgia, PQ2 estava tranquilo e confiante. Ao ser convidado a participar da pesquisa ficou

bastante interessado, pois afirmou que estava curioso para saber mais da cirurgia e de tudo que iria acontecer com ele.

Ao responder as perguntas da entrevista falava com clareza e sempre olhando nos olhos da pesquisadora-cuidadora. Em sua fala, era constante fazer relações com passagens bíblicas. Sua principal angustia era não conseguir dormir, e ao ser questionado quando esse problema surgiu, ele afirmou que sempre teve dificuldade em dormir. A PC tentava ajudá-lo a identificar os fatores que poderiam estar interferindo, contudo ele respondia de forma superficial, porém percebeu que não era o momento para continuar com esse questionamento e decidiu abordá-lo em outro encontro.

A PC tentou deixá-lo à vontade para ver se algum caminho se abriria para que ela compreendesse seu modo se ser e sua história. Com isso, utilizou o segundo e o sétimo do *Caritas Process*. Aguardando a expressão verdadeira de seus sentimentos, já que para a construção de uma conexão transpessoal, conforme Watson (2008), só é possível quando existe uma ligação entre pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada.

No segundo encontro, realizado no centro cirúrgico, PQ2 estava bastante emocionado. Ao entrar CC ele falou com sua esposa e pediu para cuidar das meninas (suas netas). Durante o caminho para a sala de cirurgia manteve os olhos fechados e não falou nada, a PC respeitou o momento e ficou ao seu lado até a indução da anestesia sem fazer perguntas.

Nesse momento foi importante desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança (quarto *Caritas Process*), pois era preciso estar presente de forma integral, ouvir, perceber e sentir o que o outro tem a dizer, não somente pela sua voz, mas pelos seus gestos, olhares e movimentos.

No terceiro encontro, realizado um dia após a cirurgia, PQ2 estava intubado em suporte ventilatório, agitado e ansioso. A PC conversou com ele, tentando acalmá-lo, explicando a função dos aparelhos e a necessidade de cooperação para que logo fosse possível a retirado do tudo orotraqueal. A mesma relatou que conversou com a esposa de PQ2, informando-o que todas estavam bem confiantes com a sua recuperação e orando a Deus por suas bênçãos.

A PC observou que com o passar do tempo, PQ2 estava mais calmo e conseguiu mostrar com gestos suas necessidades, afirmou estar com muita sede e com a boca muito ressecada. Diante disto, a PC pegou uma gaze umidificada com água e passou em seus lábios para melhorar e ele agradeceu. Conversou mais um pouco, incentivando-o a ter paciência que logo ele iria sair daquela UTI.

Diante disto, a PC utilizou alguns elementos do processo *clinical caritas:* o segundo, o qual nos remete a fortalecer, sustentar e honrar o profundo sistema de crenças e o mundo de vida subjetivo do ser cuidado. Igualmente no terceiro, que refere ao desenvolvimento de práticas espirituais próprias e do eu transpessoal, procurei ser empática e valorizar, também, as crenças da família do pesquisado-cuidado. O quinto elemento, o qual fala sobre a expressão de sentimentos positivos e negativos e o sexto, em que utilizou múltiplos conhecimentos na tentativa de auxiliar a reconstituição daquele momento.

Já do quarto encontro, ao chegar à UTI, a PC observou que PQ2 já estava sem o tubo, somente com um cateter nasal (3l/mim), referindo um pouco de cansaço e dor.

A PC perguntou sobre o sono e repouso de PQ2, devido esta ser uma queixa frequente de PQ2 antes da cirurgia, o mesmo afirmou que ainda não conseguiu dormir e ao questionar sobre o assunto, ele relatou que esse problema surgiu após a morte de seu único filho, o qual foi assassinado na porta da igreja. A PC lembrou-se que ao perguntar sobre o mesmo assunto durante o primeiro encontro, realizado na enfermaria, o pesquisado-cuidado não relatou o problema, isso pode ser justificado pelo fato que naquele momento a relação entre ser-pesquisador e ser-pesquisado ainda não era uma relação transpessoal. Já, nesse momento, após três encontros o pesquisado-cuidado confia na pesquisadora-cuidadora para expressar seus verdadeiros sentimentos. A PC ficou emocionada com a confiança depositada.

Durante o cuidado transpessoal, os sentimentos são libertados, o que permite que o receptor dos cuidados, assimile melhor a condição da sua alma e do seu próprio ser. Tal assimilação pode levar à reorganização do Eu percebido e do Eu experenciado de cada um dos seres envolvidos na relação de cuidado e ambos estão mais unidos acerca do que cada espiritualidade é na sua essência (WATSON,2008).

Ao final da entrevista, a PC explicou que teria que se afastar, como já relatado no primeiro encontro, para analisar os resultados apreendidos. PQ2 agradece bastante à ajuda recebida e falou da importância de ter alguém o acompanhando em todo o processo de realização da cirurgia cardíaca. Relatou que após as explicações da PC ficou mais fácil compreender a doença, a cirurgia e a recuperação.

O terceiro pesquisado-cuidado, PQ3, era do sexo masculino, 54 anos, casado, católico, caminhoneiro e procedente do interior do estado. Morava com a esposa e com quatro filhas.

No primeiro encontro, PQ3 estava bastante chateado com a equipe de enfermagem, pois fazia mais de duas horas que aguardava uma medicação para dor. Diante da situação, a PC caminhou até o posto de enfermagem e conversou com a enfermeira, questionou se existia algum analgésico prescrito, após a sua confirmação, perguntou se poderia administrá-la. A enfermeira agradeceu a ajuda, já que o plantão estava conturbado devido a várias intercorrências com outros pacientes. Após a administração da medicação, o PQ3 agradeceu a ajuda e mostrou-se mais acessível a responder as questões da entrevista.

Assim, PC utilizou o nono *Caritas Process*, ajudando em suas necessidades relacionadas ao corpo físico. Mas, sempre buscando uma união entre os cuidados técnicos aos cuidados espirituais que se fazem presentes.

PQ3 era um homem crítico, que sabia dos seus direitos e deveres diante a sociedade. Por isso, apontou vários problemas na estrutura física e organizacional do sistema se saúde, alegando que devido a essa falta de organização, o seu quadro piorou. Já que, o tempo entre descobrir a sua doença e transferi-lo para o hospital especializado foi muito longo e, neste interim, ele teve dois infartos.

Naquela ocasião a PC tentou utilizar o oitavo *Caritas Process* na tentativa de construir um ambiente capaz de proporcionar conforto, segurança e estabilidade para que esse ser possa confiar no cuidado dirigido e se concentrar no procedimento a ser realizado ao falar da qualidade do cuidado prestado no hospital lócus do estudo.

No final desse primeiro encontro, PQ3 agradeceu a sua presença e afirmou que foi muito bom ter alguém para escutá-lo de forma verdadeira, com

carinho e respeito. A PC ficou feliz em mostrar a utilização do primeiro *Caritas Process,* o qual conota a prática do amor e gentileza, em que estar presente em uma genuína intenção de cuidado, realizado de maneira amorosa e gentil.

Durante o segundo encontro, realizado momentos antes da cirurgia, PQ3 estava muito tranquilo. Foi encaminhado ao CC acompanhando da filha e de uma técnica de enfermagem. PC conversou com ele, que demonstrou que estava feliz com a sua presença, mas afirmou não está precisando de outras coisas, já que considera a sua presença suficiente naquele momento. PC permaneceu com PQ3 até a indução anestésica, saiu e conversou com a filha que estava muito apreensiva. Incentivou-a rezar por ele e ter calma que tudo daria certo.

A PC observou que durante esse segundo momento era preciso instilar fé e esperança como forma de aumentar as capacidades imanentes do ser-pesquisado e de sua família, pois é uma forma de fortalecimento diante de um momento de incerteza, utilizou-se o segundo e terceiro *Caritas Process.*

No outro dia, quando a PC chegou à UTI para realizar o terceiro encontro, surpreendeu-se, PQ3 já estava sem o tubo, acordado e respondendo com entusiasmo tudo o que lhe era perguntado.

Diante disso, resolveu iniciar a entrevista, PQ3 respondeu tudo com facilidade. Porém, ao perguntar sobre os seus sentimentos, o mesmo ficou bastante emocionado e demonstrou preocupação em relação ao retorno para a enfermaria, já que acreditava que na UTI o cuidado era melhor, pois tinha um quantitativo maior de profissionais.

A PC tentou acalmá-lo dizendo que na enfermaria ele estaria acompanhado de seus familiares, que os enfermeiros da unidade estão capacitados para realizar o cuidado da melhor forma possível e que devido a sua melhora substancial não existia a necessidade de continuar internado na UTI.

Assim, buscou-se no sexto e sétimo *Caritas Process* para que fosse capaz de compreender o significado que aquela situação tinha para ele, e, a partir daí, contribuir para o entendimento e superação da dificuldade.

No quarto encontro, realizado dois dias após a realização do procedimento cirúrgico, a PC foi informada pela enfermeira plantonista que PQ3 estava de alta para enfermaria e que a transferência seria realizada naquela mesma

manhã. Diante disso, a PC falou com PQ3, informou-lhe da boa notícia, afirmou também que iria acompanhá-lo.

PQ3 perguntou sobre a transferência e se ele ficaria sozinho na enfermaria, já que sua família morava longe e que poderia não chegar a tempo. A PC afirmou que ele só seria transferido após a chegada de algum de seus familiares. Ele suspirou demonstrando uma sensação de alívio e abriu um largo sorriso. Após a chegada da filha, PQ3 foi transferido para enfermaria sem nenhuma intercorrência.

A PC aguardou PQ3 se acomodar para que fosse possível retornar a entrevista. Ele falou sobre a felicidade de ter esperança em uma nova vida, com planos para o futuro. E sobre a pesquisa, como se sentiu ao participar dela, suas expectativas e a constatação do processo vivenciado.

Após esse momento, a PC despediu-se de PQ3, ele a abraçou e agradeceu a sua ajuda em um momento importante de sua vida. Ao sair da enfermaria, a PC percebeu que esse momento foi o de efetivação de um processo transpessoal que modificou seu modo de pensar, de imaginar, de sentir a vida.

No ultimo encontro foram utilizados elementos que conotasem a presença da enfermeira, a intenção do cuidado, empatia, respeito a crenças, abertura a sentimentos negativos, na tentativa de mais uma vez contribuir na melhoria do conforto desse ser.

O quarto pesquisado-cuidado, era do sexo masculino, 55 anos, casado, evangélico, analfabeto, procedente da capital do estado, porteiro e com renda de um salário mínimo. Morava com a esposa e duas filhas.

No primeiro encontro, realizado na enfermaria, dois dias antes da cirurgia, o pesquisado-cuidado estava muito alegre e esperançoso, pois acreditava que a cirurgia era uma benção em sua vida, já que conhecia duas pessoas que estavam a mais de dois meses aguardando para realizar a mesma cirurgia e ele já estava com a dele marcada para o próximo dia.

Neste primeiro encontro, os aspectos biológicos relacionados à saúde e a cirurgia do pesquisado-cuidado, foram destaque. PQ4 expressou muitas dúvidas sobre a doença, a cirurgia e o período de internação da UTI. A PC respondeu as perguntas utilizando uma linguagem clara e acessível. Utilizou formas práticas de falar sobre questões clínicas de seu adoecimento, sempre buscando a experiência

do outro como base para a construção do conhecimento. Usou-se exemplos simples, fazendo analogias com atividades do dia-a-dia, para melhor explicar a dinâmica do adoecimento cardíaco, utilizando o sexto e sétimo *Caritas Process*

No segundo encontro, realizado no centro cirúrgico, PQ4 expressou sua surpresa à presença da PC, alegando que não imaginava que ela realmente iria acompanhar a sua cirurgia. O mesmo estava acompanhado da esposa e da enfermeira da unidade. A PC ficou ao seu lado até o momento da indução anestésica, ao começar o procedimento de anestesia PQ4 pediu para rezar por ele. Ao sair do centro-cirúrgico PC coversou com a esposa informando-a que tudo estava correndo bem e que, possivelmente, ela iria poder visita-lo na UTI, durante a visita noturna.

Nesse momento, a PC utilizou o 1, 2, 3 e 4 *Caritas Process* com objetivo de ajudar o pesquisado-cuidado e sua família nesse momento de angustia e fragilidade diante da incerteza da continuação estável de seu mundo vivido.

No outro dia, 18 horas após a cirurgia, caracterizando o terceiro encontro, PQ4 já estava bem acordado, conseguindo se comunicar com a equipe. A PC falou com ele e tentou ajudá-lo a melhor compreender a dinâmica da unidade, que a sua família iria visitá-lo a tarde, e que de acordo com a enfermeira plantonista em pouco tempo, se ele permanecesse acordado e cooperativo irão retirar o tubo de sua boca.

A PC segurou em suas mãos para se mostrar presente, incentivando-o a ter força e coragem para lutar por sua vida. Utilizou o sexto *Caritas Processes,* buscando o toque terapêutico.

No quarto e último encontro, 36 horas após a cirurgia, a PC chegou a UTI pós-operatório, e observou que PQ4 estava sem o tubo orotraqueal, porém triste e abatido, e ao perguntar sobre o motivo de sua aflição, o mesmo afirmou que sua família não o visitou, estando assim preocupado. A PC prontificou-se a ligar para sua esposa, ele aceitou.

Ao ligar para sua esposa, a PC descobriu que a mesma não conseguiu visitá-lo, porque chegou após o horário estabelecido pela unidade. Ao informar a situação ao PQ4, este se demonstrou aliviado, utilizou-se assim o quarto e o quinto *Caritas Process*.

Durante a entrevista, PQ4 sempre esteve disponível para responder as perguntas. A PC despendiu-se do pesquisado cuidado, ratificando a necessidade de si afastar para realizar análise dos dados apreendidos. PQ4 expressou sentimentos de tristeza e alegou que ficou mais calmo após as visitas da PC.

Diante disso, pensou-se no décimo *Caritas Process*. Neste Watson (2008), afirma que é preciso buscar respostas para os seus próprios questionamentos e deve aceitar suas limitações, sabendo que tem momentos, os quais não se sabem explicar. Mas, é preciso separar-se, seguir em frente.

O quinto pesquisado-cuidado, PQ5, sexo masculino, 51 anos, divorciado, farmacêutico, concluiu o ensino superior, morava sozinho, natural de São Paulo, porém há seis anos mora em Fortaleza, possuia renda superior a cinco salários mínimos vigente no país.

No primeiro encontro, a PC observou que PQ5 estava desanimado, manteve a cabeça baixa enquanto conversava ou falava dirigindo-se ao companheiro de quarto. Respeitou-se o momento, pois sabia que ainda não tinha sido construído um vínculo. A PC continuou escutando o que ele tinha a relatar, sempre se mostrando compreensiva com a sua dor.

Diante disto, a PC utilizou o primeiro *Caritas Process*, tentando construir uma aproximação com o pesquisado-cuidado ao praticar o amor, gentileza, imparcialidade e equidade no contexto da consciência do cuidado. Também fez uso do segundo *Caritas Process* ao se mostrar presente, escutando-o sem fazer julgamentos.

Durante a sua infância, PQ5 era um menino de rua, foi abandonado aos 10 anos pela avó. Sua trajetória é bastante comovente e de grande luta para sobreviver em uma realidade não favorável.

Em todo momento da entrevista, PQ5 retornava a falar sobre o sofrimento de ter sido abandonado. Diante disso, a PC pensou no quinto *Caritas Process*, o qual fala que os sentimentos existem e são bem vindos, entretanto, um sentimento negativo não se deve transformar na tônica da vida da pessoa, pois nesse caso se transforma em gerador de desequilíbrio (WATSON, 2008).

Ao final do encontro, a PC observou que uma relação transpessoal com PQ5 ainda não tinha sido construída, já que ele continuava a expressar indiferença

quanto à sua presença, pois segundo ele, a mesma estava conversando com ele por obrigação.

Diante disto, a PC o deixa a vontade para ver se algum caminho se abria para que fosse capaz de perceber sua intenção no processo vivenciado. Assim, utilizava o sétimo *Caritas Process.*

Durante, o segundo encontro, realizado no centro cirúrgico, PQ5 continuava indiferente a sua presença, afirmava que estava bem e que não precisava de ajuda. Mesmo assim, a PC continuava presente na sala de cirurgia até a indução anestésica. Ao sair, observou que tinha uma senhora esperando no lado de fora do CC, e ao falar com ela, foi informada que a mesma era companheira de PQ5.

A senhora era bastante comunicativa, em um pequeno intervalo de tempo relatou a PC algumas informações sobre o PQ5 e sua dificuldade de confiar em outras pessoas, porém como o mesmo não estava presente, a PC resolveu finalizar a conversa para não invadir o espaço vivido do outro. Utilizou o quarto *Caritas Process.*

No dia seguinte, no terceiro encontro, PQ5 continuava em narcose, intubado, e em suporte ventilatório, porém ao realizar o chamado verbal, o mesmo abriu os olhos e reconheceu a PC ao lhe sorrir, a mesma falou que estava na UTI pós-operatório para apoiá-lo e que tudo estava se encaminhando bem.

Assim, ao utilizar o sexto *Caritas Process,* a PC buscou por meio do toque mostrar-se presente, disposta a zelar pelo seu bem-estar, abrangendo não somente os aspectos biológicos os quais se apresentavam fragilizados, mas a totalidade do seu ser em todos os aspectos do cuidado.

No quarto e último encontro, realizado 48 horas após a cirurgia, em uma segunda-feira, PQ5 estava triste, desanimado e emocionado. PQ5 relatou um episódio que o deixou bastante desconfortável e que prejudicou a relação de confiança entre ele e a equipe de enfermagem. A PC mostrou-se acessível para colaborar na melhoria de suas necessidades, conversou sobre a evolução de sua recuperação e tentou confortá-lo ao afirmar que provavelmente no final do dia ele já estaria na enfermaria, sendo cuidado por outra equipe e por sua companheira.

PC utilizou 6, 7 e 8 *Caritas Process* na tentativa de engajar-se em práticas de cuidado e de reconstituição de maneira a entender o outro de modo integral, permanecendo no seu referencial, criando um ambiente de *healing* (WATSON, 2008).

No final do encontro, PQ5 estava mais calmo, fazendo graça com os comentários que ouviu dos profissionais, mostrando que estava conseguindo lidar melhor com a situação. Ao despedir-se, PQ5 agradeceu a presença da PC e afirmou que percebeu que a sua preocupação com o seu bem estar era verdadeira e pontuou que a ajuda recebida foi importante par sua recuperação.

Um sentimento de alegria tomou conta da PC por aquela conquista e por perceber que PQ5 estava mais feliz, apesar de todas as dificuldades que ainda enfrentava com a sua recuperação.

O sexto pesquisado-cuidado, PQ6 também era do sexo masculino, 48 anos, casado, agricultor, procedente do interior do estado, tinha a renda um salário mínimo e residia com a esposa e quatro filhos.

No primeiro encontro, PQ6 permaneceu calado se detendo a responder as perguntas de forma sucinta. A PC ficou preocupada com o futuro do processo de construção da relação transpessoal, já que nesse processo é necessário estar verdadeiramente presente.

Dessa forma, a PC tentou realizar práticas de amor-gentileza, ser autenticamente presente, honrar seu sistema de crenças e cultivar práticas espirituais que fossem além do ego da pessoa. Assim, a mesma seguiu os preceitos de Watson (2008), no qual afirma que a enfermeira deve buscar introspecção, meditação e reavaliação constante das ações e formas de aproximação utilizadas, pois percebia que estava sozinha nesta conexão e era preciso estar junto para o alcance do cuidado transpessoal.

Diante disso, decidiu desligar o gravador digital e tentou conversar sobre outros assuntos. PQ6 ao observar a sua atitude, mudou o seu posicionamento e se mostrou acessível à conversa. Depois de alguns minutos a PC resolveu retornar ao assunto da cirurgia, PQ6 aceitou e afirmou que estava com vergonha de ter sua fala gravada, mas que daquele momento em diante ela poderia ligar o gravador

novamente. A PC ficou esperançosa em poder conseguir evoluir com a relação, construindo um vínculo.

No segundo encontro, realizado no CC, foi observado que tanto PQ6 como sua esposa estão felizes com presença da PC, e em determinado momento, ele afirmou para os profissionais que estavam organizando a sala de cirurgia que a mesma estava no CC para acompanhar somente a sua cirurgia. Diante disto a PC ficou lisonjeada em saber que foi designada para zelar pelo seu bem-estar.

Durante o pós-operatório imediato do PQ6, foi realizado o terceiro encontro, 17 horas após a cirurgia. PQ6 ainda estava intubado, agitado, não conseguia contactuar e estava com as mãos contidas, pois em vários momentos tentou puxar o tudo e os acessos. Diante da instabilidade hemodinâmica, a equipe da UTI resolveu reiniciar a sedoanalgesia.

Nesse momento de instabilidade, a PC Utilizou o quarto *Caritas Process,* mostrando a sua intenção de cuidar, colocando-se presente em um momento difícil para o ser-pesquisado. Buscou desenvolver uma relação de cuidado, com ajuda e confiança autêntica e com o compromisso de estar verdadeiramente com ele.

No quarto encontro, realizado no dia seguinte, PQ6 estava mais calmo, contudo, continuava intubado. A PC conversou com ele, informando-o que a cirurgia foi boa e que, naquele momento, ele deveria manter-se calmo e cooperativo com a equipe. PQ6 escutou tudo e fez gestos afirmando que ele faria tudo o que fosse possível para sair logo daquela situação. Assim, a PC utilizou o 4°, 5° e 7° *Caritas Process.*

Durante esse encontro, PQ6 estava bastante desconfortável, já que apresentava secreção traqueobrônquica em grande quantidade. Diante disso a PC conversou com a enfermeira plantonista e decidiu realizar a aspiração. Após a realização do procedimento, PQ6 agradeceu a ajuda e afirmou que sua respiração melhorou.

No quinto e último encontro, o qual foi realizando 72 horas após a cirurgia. A PC ao entrar na UTI observou que PQ6 estava sem o tubo orotraqueal, e mantendo padrão respiratório eficaz. Assim, foi possível iniciar a entrevista de forma calma, tentando não deixá-lo agitado e ansioso.

A entrevista aconteceu de forma tranquila, PQ6 mostrou-se acessível a responder as perguntas e afirmou que naquele momento de angustia a presença da PC foi um tranquilizador, já que percebeu que tinha alguém para zelar por seu bem-estar. Por fim, PQ6 agradeceu a sua ajuda e afirmou que estaria mais feliz se ela continuasse com as visitas, a mesma explicou que era necessário o afastamento para analisar os resultados apreendido e acompanhar outras pessoas que também iriam realizar uma cirurgia cardíaca.

PQ6 referiu compreender e a desejou sorte em sua caminhada. PC deixou o número de seu telefone e mostrou que estava acessível para caso sentisse necessidade de procurá-la.

O sétimo pesquisado-cuidado, PQ7, era do sexo masculino, 43 anos, motorista, casado, católico, morava na capital do estado com sua esposa e não concluiu o ensino médio.

Durante o primeiro encontro, a PC observou que PQ7 é uma pessoa carinhosa com a família, falava sobre eles com muito amor. No momento estava sem acompanhante, já que considerava desnecessário naquele momento e, também, pelo fato que por estar em uma enfermaria masculina não foi permitida acompanhante do sexo feminino.

PQ7 falava com entusiasmo de sua vida, o que favoreceu a criação de vínculo entre pesquisadora e pesquisado, o mesmo tinha vários questionamentos sobre a cirurgia e sua estadia na UTI, a PC buscou sancionar todas as dúvidas, utilizando uma linguagem de fácil compreensão.

Questões biológicas foram o foco do primeiro encontro, assim, buscou-se utilizar o sétimo C*aritas Process,* sempre baseando a fala da PC no significado que PQ7 tinha do conteúdo e em sua capacidade de receber em processar as informações

No segundo encontro, realizado no CC, PQ7 estava acompanhado de uma técnica de enfermagem e de sua esposa. Bastante ansioso, agradeceu a PC por sua presença e pediu para que fossem repassadas todas as informações sobre o decorrer da cirurgia para sua esposa. A PC buscou acalmá-lo dizendo que ela faria isso. Assim, foram utilizados o 2°, 3° e 5° C*aritas Process.*

Na UTI pós-operatório, 36 horas após a cirurgia, PQ7 já estava respirando sem suporte de oxigênio, falando com facilidade e sem queixas álgicas. Devido ao seu quadro favorável, a PC decidiu utilizar o terceiro ICD.

A entrevista transcorreu de forma agradável, PQ7 estava animado com a provável alta na manhã seguinte, e ao questionar sobre como seria a sua vida após o retorno para casa, PC afirmou, que diante do sucesso da cirurgia, a sua vida poderia retornar ao normal, sem nenhuma restrição, porém falou da necessidade de buscar uma vida com bons hábitos alimentares, a necessidade de iniciar a prática de exercícios físicos e tentar parar de fumar, já que todas essas ações contribuiriam para uma melhor qualidade de vida.

A PC utilizou o sétimo C*aritas Process,* buscando com respeito, honestidade e verdade, promover a aceitação e o entendimento de PQ7 as suas novas necessidades, para que o mesmo conseguisse evoluir em sua recuperação ao manter o estilo de vida saudável após a alta hospitalar.

No quarto encontro, a PC acompanhou a transferência do PQ7 para a enfermaria. Despediu-se dele e de sua esposa, agradecendo a disponibilidade em participar da investigação.

O oitavo pesquisado-cuidado, era o do sexo masculino, 44 anos, viúvo, católico, morava na capital do estado com a mãe, com renda de um salário mínimo vigente no país, e com ensino fundamental incompleto.

No primeiro encontro, PQ8 estava bastante ansioso, com dificuldade em falar sobre seus sentimentos e angustias, já que expressava preocupação em responder as perguntas de forma correta. A PC tentou acalmá-lo dizendo que estavam conversando e que não existia a resposta certa, que o seu interesse era saber como ele estava se sentindo diante da realização de um procedimento cirúrgico e ajudá-lo no que for possível.

PQ8 fez vários questionamentos sobre a sua doença e a cirurgia que seria realizada, referindo que estava com muito medo, já que se trata de um órgão muito importante e não acreditava que depois de cortá-lo, ele conseguiria funcionar normalmente. Diante disto, a PC tentou utilizar exemplos de seu cotidiano para melhor explicar os procedimentos a serem realizados, usando uma linguagem clara e objetiva. Assim, ela Utilizou o 6° e o 7° C*aritas Process,* buscando entender e

compreender o outro para ajudá-lo de forma genuína, não o excluído de seu processo saúde-doença.

No segundo encontro, realizado no CC, PQ8 estava nervoso e ansioso, reclamava bastante da demora em chamá-lo para a realização do procedimento, já que a cirurgia estava marcada para as oito horas da manhã e já estavam no final da tarde. A PC explicou que devido a uma emergência tiveram que realizar outra cirurgia e por isso a dele estava atrasada. A PC buscou entender a situação do outro, ver-se no lugar e sentir-se em proximidade e igualdade. Assim, deu atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado utilizando o 1°, 5°, 8° e 9° C*aritas Process*.

No terceiro encontro, realizado na UTI pós-operatório, PQ8 continuava intubado, acordado, consciente e responsivo aos estímulos verbais. Reclamava que estava com sede e fome. A PC buscou explicar que, naquele momento, a única coisa que poderia ser feito era umedecer os lábios com uma gaze molhada para melhorar a pele ressecada. Ele agradeceu a atitude e retornou a dormir. Ela ficou presente e utilizou o toque terapêutico, sexto C*aritas Process,* como forma de mostra-se presente e sustentar uma autêntica relação de cuidado como busca do encontro transpessoal

No quarto encontro, realizado 42 horas após a cirurgia, PQ8 estava dispnéico, agitado e utilizando uma mascara de Venturi a 31%, com o objetivo de melhorar seu padrão respiratório. Devido a sua condição clínica a PC decidiu não utilizar o ICD naquele momento e resolveu dedicar o tempo para ajudar PQ8 na renovação de alguns curativos, que devido à agitação apresentou sangramento nas incisões dos drenos. Para realização de tais procedimentos, a PC conversou com a enfermeira responsável e solicitou a sua autorização, a qual foi concedida. Diante disso, a PC utilizou o nono C*aritas Process.*

No dia seguinte, ao falar com PQ8 a PC observou a melhora em sua condição clínica, possibilitando a utilização do ICD. PQ8 respondeu com facilidade e demonstrou ansiedade para retornar a enfermaria e ser acompanhado por seus familiares. Diante dessa ansiedade, a PC explicou que devido aos broncoespamos apresentados no dia anterior, a equipe decidiu ter cautela em sua alta. PQ8 ficou triste e com medo que sua recuperação seja demorada. A PC incentivou a exposição de seus sentimentos e o apoiou. Também foi incentivado a realização dos

exercícios de respiração, demonstrando como se faziam, para que ele tivesse uma melhor compreensão.

Assim, a PC utilizou o 6°, 7° e 8° C*aritas Process*, usando a criatividade na tentativa de engajar-se em práticas de cuidado e de reconstituição de maneira a atender o outro em seu modo integral, permanecendo no seu referencial, criando um ambiente de *healing.*

Ao final do encontro, PQ8 agradeceu a sua ajuda e afirmou que o hospital deveria oferecer esse acompanhamento a todos os pacientes que iriam realizar a cirurgia. A PC ficou feliz em vê seu trabalho sendo reconhecido e em saber que ajudou PQ8 em sua recuperação.

Já o nono pesquisado-cuidado, PQ9, era do sexo masculino, 44 anos, comerciante, casado, morava na capital com sua esposa e filha, com renda, de aproximadamente, dois salários mínimos.

No primeiro encontro, PQ9 estava muito ansioso, falava sobre o sofrimento que era estar internado há quase um mês esperando uma cirurgia, de sua vontade em não fazê-la e das dificuldades que a sua família estavam passando, pois como homem deveria prover o lar, porém estava ali não fazendo nada.

PC incentivou a exposição de seus sentimentos, e a conversaram por quase uma hora, a primeira tentou reforçar a importância da cirurgia diante a condição de clínica do PQ9, incentivando-o a fazer algumas atividades desenvolvidas nas unidades para ocupar o tempo e falou sobre a cirurgia em si e outros procedimentos que seriam realizados, com o objetivo de ajudá-lo a melhor compreender tudo que iria ocorrer após a entrada no centro cirúrgico.

Utilizou desta forma, o 1°, 7°, 8° e 9° C*aritas Process* em um misto de cuidados, buscando uma aproximação com o ser cuidado e *aposteriore* uma conexão transpessoal.

No segundo encontro, realizado no CC, PQ9 mostrou-se calmo, tranquilo e confiante. Chegou com um terço nas mãos e depois ao entregá-lo a sua esposa pediu que a mesma orasse para que na cirurgia tudo ocorresse bem. A PC permaneceu com PQ9 até a indução anestésica. Ao sair, conversou com a esposa de PQ6 que estava emocionada e com medo de perdê-lo, tentou acalmá-la e

incentivou a continuar rezado. PC utilizou o 2° e 3° C*aritas Process,* respeitando o mundo de crenças do ser pesquisado e sua família.

No dia seguinte, PQ9 estava acordado, consciente, ainda com tudo orotraqueal. Referia muita dor nas costas e nos locais de incisão dos drenos. A PC solicitou ajuda aos técnicos de enfermagem para movimentá-lo, com o objetivo de amenizar a dor. Perguntou a enfermeira qual era a possibilidade de ser administrado um analgésico, a mesma foi bastante solicita, afirmando que poderia ser administrado, pois estava prescrito pelo médico. Assim, a PC foi ao posto de enfermagem, preparou a medicação e administrou. PQ9 agradeceu com sorriso e gestos, alegando uma melhora considerável.

Assim, a PC utilizou o nono C*aritas Process,* administrando o que era essencial ao cuidado humano, o que potencializaria o bem-estar do pesquisado-cuidado, mostrando-se atenta as suas reais necessidade, em todos os aspectos do cuidado.

No quarto e último encontro, PQ9 estava respirando espontaneamente, sem a ajudar do ventilador, falava com facilidade e tinha sido iniciada sua alimentação oral. A PC realizou a entrevista com facilidade, PQ9 estava bastante animado, já que a sua alta estava prevista para o outro dia. Referiu permanecer com muita dor ao respirar, incentivou-se a continuar os exercícios de respiração e explicou que devido à cirurgia era normal ele sentir dor por um tempo.

Por fim, a PC agradeceu a sua participação na pesquisa e deixau o número de seu telefone para que ele possa ligar caso necessário.

Diante disto, a PC utilizou, neste encontro, o 1°, 4°, 5° e 9° C*aritas Process* como tentativa de praticar o cuidado, respeitando acima de tudo seu mundo de vida subjetivo e sustentar uma autêntica relação de cuidado como busca do possível encontro transpessoal, da união entre nós.

O último pesquisado-cuidado, PQ10, era do sexo masculino, 42 anos, casado, procedente de outro estado, católico, caminhoneiro, concluiu o ensino médio, renda de dois salários mínimos e morava com a esposa e três filhos.

Ao iniciar o primeiro encontro, a PC percebeu que PQ10 era um homem muito alegre, divertido e amoroso com a esposa e com todos ao seu redor. Ele

mostrou-se acessível a responder as perguntas e logo foi possível construir uma conversa prazerosa.

PQ10 relatou a sua trajetória desde o infarto sofrido durante o trabalho, no terminal portuário do Pecém, até sua chegada ao hospital, sempre enfatizando o carinho e a receptividade dos profissionais da saúde.

A PC ouviu com atenção, respeitando suas crenças e procurou utilizar alguns elementos do processo *Clinical Caritas* naquele momento de cuidado, como o 2°, 5°, 6°, 8°, 9° e 10°, pois percebia que ele expressava seus sentimentos de maneira intensa e profunda e isto possibilitaria, conforme Watson (2008), uma conexão profunda com o próprio espírito e com o da pessoa cuidada.

A PC ficou impressionada com a forma que ele fala da vida, já que a vê com dádiva e em sua fala percebe-se a grandiosidade. A mesma ficou feliz em encontrar uma pessoa com o espírito tão iluminado, que faz com que o os outros se iluminem também.

Durante o segundo encontro, PQ10 aparentou e expressou que estava calmo e feliz com o início do procedimento cirúrgico, pois afirmava estar com saudades dos filhos e da família. Já que, o retorno para sua cidade dependia do sucesso da cirurgia. A PC utilizou o segundo e o terceiro C*aritas Process* ao se mostrar presente e honrar o sistema de crenças e o mundo subjetivo do ser cuidado. A mesma tentou ouvir sem julgamentos.

No terceiro encontro, realizado na UTI pós-operatória, PQ10 estava sem o tubo orotraqueal e comunicando-se com facilidade com a equipe. Relatou sentir-se muito bem, porém em alguns momentos a PC observou fácies de desconforto, porém respeitou sua decisão, evitou comentar ou realizar qualquer julgamento sobre o fato dele afirmar estar bem e sem nenhum problema.

No quarto e último encontro, realizando também na UTI pós-operatório, PQ10 aguardava a PC, pois queria falar sobre suas dores abdominais, relatou que devido à internação, estava constipado, e isso o estava incomodando muito. Porém, não conseguiu comentar com os outros profissionais. Diante do fato, A PC falou com a enfermeira plantonista para que juntas pudessem solucionar o problema. Assim, PQ10 iniciou uma dieta obstipante e o uso de uma medicação laxativa. Desta forma foram utilizados o 6°, 8° e 9° C*aritas Process*.

PQ10 agradeceu a ajuda e falou sobre a importância da presença da PC. A mesma ficou com uma sensação boa de ter ajudado PQ10 em sua recuperação e sabendo que ele, também, contribuiu em sua evolução com ser-espiritual. Já que, ocorreu uma transformação em sua maneira de agir, de fazer e de pensar a conduta com o outro, não somente referente a este ser, mas durante as ações de cuidar do seu cotidiano pessoal e profissional.

Diante do apresentado, observa-se que todos os elementos do Processo *Clinical Caritas* foram utilizados como forma de desenvolver o cuidado clínico transpessoal como ilustrado no quadro a seguir:

Quadro 01 – Elementos do processo Clinical Caritas e os pesquisados-cuidados. Fortaleza-CE, 2013.

PESQUISADO-CUIDADO	PRÉ-OPERATÓRIO	TRANSOPERATÓRIO	PÓS-OPERATÓRIO
PQ1	Elementos: 1,4	Elemento: 4	Elementos: 1,2,4,5,6,7,8.9
PQ2	Elementos: 2,7	Elemento:4	Elementos: 2,3,5,6
PQ3	Elementos: 1,8,9	Elementos: 2,3	Elementos: 2,3,4,6,7
PQ4	Elementos: 6,7	Elementos:1,2,3,4	Elementos:4,5,6,10
PQ5	Elementos:1,2,4,5,7	Elemento: 6	Elementos: 6,7,8
PQ6	Elementos:1,2,3,4	Elemento:4	Elementos:4,5,7
PQ7	Elementos:2,7	Elementos:2,3,5	Elementos:2,3,5,7,
PQ8	Elementos:6,7	Elementos:1,5,8,9	Elementos:6,7,8,9
PQ9	Elementos:1,7,8,9	Elementos:2,3	Elementos:1,4,5,9
PQ10	Elementos:2,5,6,8,9,10	Elementos:2,3	Elementos:6,8,9

5.2 Necessidades de cuidado e o processo Clinical Caritas

O apreendido do processo *Clinical Caritas* dirigido às pessoas em situação de perioperatório de cirurgia cardíaca possibilitou a explicitação de sentimentos do ser com cardiopatia ao se ver diante da necessidade de realização do procedimento cirúrgico, de ser cuidado por outras pessoas, do apoio familiar, da confiança em um ser divino e do ambiente como local de reconstituição.

Passa-se então a descrever o processo conforme anunciado aprioristicamente por meio dos elementos do *Clinical Caritas.* Acrescenta-se que o segundo e o terceiro *Caritas Process*, respectivamente, ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado e cultivar práticas próprias espirituais e do eu transpessoal ultrapassando o próprio ego, foram agrupados dado à sua proximidade e complementaridade.

5.2.1 Pesquisado-cuidado e a consciência de ser cuidado

Quando o ser com cardiopatia estudado nesta investigação se viu diante da necessidade de ser cuidado por pessoas desconhecidas, mesmo sendo profissionais da saúde, ele apresentou sentimentos distintos, desde felicidade, por sentir a importância de ser cuidado, até sentimentos de incapacidade por não conseguir realizar atividades básicas, como por exemplo, cuidar do próprio corpo.

As revelações de sentimentos positivos são expressas nas seguintes falas, apreendidas antes e após a realização do procedimento cirúrgico:

> Me sinto especial, me sinto bem. (PQ5)
>
> Me sinto bem, é diferente, minha rotina era outra, eu cuidava sozinho de mim, agora todo mundo quer cuidar, a gente se sente importante. (PQ7)
>
> São pessoas muito boas, não tenho nenhum problema com elas não. Elas são animadas e sempre estão aí para o que eu precisar. (PQ2)
>
> É bom pra mim ter elas cuidando, nesse momento não conseguiria cuidar de mim sozinho.(PQ4)
>
> Me sinto bem. Eu gosto do jeito delas, sempre preocupadas comigo.(PQ1)
>
> Me sinto muito bem, é bom ter pessoas preocupadas com você. Elas são muito atenciosas, sempre oferecendo alguma coisa, mesmo estando de um lado pro outro (PQ6).

> É bom ter alguém pra cuidar de você, se preocupar com o seu bem.(PQ9)

Contudo também foram expressos sentimentos negativos durantes esses períodos quanto à necessidade de serem cuidados pelas enfermeiras:

> Eu não gosto de ninguém cuidando de mim, ficar dependendo dos outro é muito ruim. (PQ1)
>
> Eu não gosto pelo fato do que era [...] Era para fazer logo, eu fazia, hoje não, hoje eu dependo da boa vontade dos outros. (PQ3)
>
> Sempre fui independente, cuidando de mim, dos meus filhos e do meu marido. Agora tenho que ficar aqui, dando trabalho.(PQ1)
>
> É ruim, não gosto de depender dos outros, é complicado, é estranho.(PQ1)
>
> Aqui me sinto abandonado, e como eu não consigo falar, isso piora tudo.(PQ3)

Estas revelações permitem considerar que as alterações provocadas pela cirurgia trazem em si várias preocupações, as quais dependem de cada ser e de suas experiências, vê o cuidado recebido como uma contribuição para sua recuperação ou uma ação que o expõe na condição de incapaz diante de si (*self*) e do outro.

Diante disto, cabe ao enfermeiro ter habilidades que permitam que o cuidado prestado seja realizado de forma genuína, com amor, praticado com senso de responsabilidade, que deve permear cada ação de cuidado, cada atitude intencional, preocupação e atenção.

Assim, é importante este profissional manter-se presente e disposto a ouvir, reconhecendo a totalidade do ser. Tais ações estão apresentadas no primeiro *Caritas Process* (WATSON, 2008) que, em profundidade e acessando a intenção relacionada ao amor-gentileza e equanimidade, convida a uma forma de plenitude da mente/meditação em ação no processo de cuidar em enfermagem. Ela afirma que a exploração do aspecto da meditação para a consciência *Caritas* é uma forma de atender a maneira de ser fundamental como base para o cuidado, reconstituição e plenitude.

Observa-se que para o desenvolvimento de uma relação transpessoal é preciso estar verdadeiramente presente, em uma busca contínua do enfermeiro em

se conhecer e conhecer o outro em suas nuanças, para que, a partir desse encontro verdadeiro, seja possível ultrapassar o fazer repetitivo de atividades e tarefas, e desenvolver ações que tenham como finalidade respeitar o outro como ser único e divino.

Outro fator presente nestes discursos dos pesquisados-cuidados foi a questão da dependência de outra pessoa como algo que prejudica o bem-estar, pois em muitos momentos, os mesmos se sentem excluídos na realização das próprias atividades, deixando de serem fundamentais na satisfação de suas necessidades.

Este sentimento prejudica a instauração de uma relação de companheirismo entre os seres envolvidos, já que ao se sentir dependente o ser refere que o cuidado o deixa incapaz diante das adversidades estabelecidas, neste caso, pela realização da cirurgia cardíaca.

Nos discursos apreendidos após a cirurgia cardíaca, os pesquisados-cuidados também relataram o constrangimento de terem sua intimidade violada pela equipe de enfermagem:

> Aqui [UTI pós-operatória] é pior, porque eu não vou para o banheiro sozinho, a gente fica com vergonha.(PQ7)
>
> É ruim você ter que mostrar sua intimidade, às vezes me sinto mal8.
>
> Não gosto de ficar tão exposto.(PQ10)

Durante o período de recuperação na UTI pós-operatória, os pesquisados-cuidados ficam diante de uma nova realidade abruptamente imposta, que desestrutura o ser, exigindo condições de reorganização, nem sempre dispostas e efetivas, acarretando alterações da autoimagem, medo quanto ao futuro de seu estado de saúde e temor de dependência (NOBRE *et al*., 2011).

Diante do exposto, confirma-se a necessidade de um cuidar transpessoal, já que o mesmo apoia e ajuda o ser cuidado a catalisar o seu potencial de restauração como meio de se fortalecer para o enfretamento das diversidades oriundas do processo de hospitalização.

Já outros pesquisados-cuidados apontaram a experiência de estarem sendo cuidado por outras pessoas como algo importante e de grande valia para o seu bem-estar, pois a ajuda recebida lhe transmitia tranquilidade. Estas

manifestações são confirmadas nas seguintes falas, que foram apreendidas antes da cirurgia:

> É diferente, mas me sinto bem, confortável... eu sei que elas estão preocupadas, e que acontecer de eu ter outro infarto elas estarão por perto e vão me ajudar. (PQ2)
>
> Agora a gente se sente mais feliz, é lógico, ter uma pessoa ajudando quando a gente precisa é muito importante.(PQ5)
>
> É diferente, antes eu tinha mais medo, agora fico tranquilo, sei que tem alguém olhando por mim. Tenho dormido até melhor.(PQ6)

Deste modo, pode-se observar que acolher o outro de forma amorosa, ressaltando o estar junto, estabelece condições para que se instaure um ambiente de reconstrução necessário para uma boa recuperação.

Segundo Callegaro *et al.* (2012), o enfermeiro pode favorecer os enfrentamentos necessários para o desenvolvimento de um ambiente de reconstrução ao criar um elo de confiança, considerando a complexidade, a individualidade e a pluralidade do ser humano, possibilitando um melhor (con)viver durante e após a reabilitação cirúrgica.

O sentir-se especial e único faz com que os pesquisados-cuidados tivessem seu bem-estar potencializado, já que as demonstrações de carinho e afeto podem trazer confiança, segurança, proporcionando verdadeira relação de cuidado entre ser que cuida e ser que é cuidado.

Segundo Watson (2008), as demonstrações de afeto genuíno entre os seres envolvidos em uma relação transpessoal permitem perceber que as sensações então ocorrendo em uma troca mútua entre o ser cuidado e a enfermeira, fato que permite o desvelar do outro em sua totalidade.

Deste modo, ao permitir-se estar presente de forma genuína na relação de cuidado, a enfermeira possibilita a revelação da pessoa de quem cuida, não de forma passiva, mas ativa no processo de cuidar. Assim, abrem-se possibilidades, fazendo com que o profissional seja elemento facilitador e reconstituidor das boas condições de saúde da pessoa cuidada.

Os pesquisados-cuidados também relataram não se incomodar com os cuidados recebidos, para eles as ações realizadas são necessárias e impessoais. O que se confirma nas falas seguintes, apreendidas antes da cirurgia:

> É assim mesmo, eu não tenho problema com isso [ser cuidado por outra pessoa], danço com a música, todo mundo aqui é cuidado igual [...] (PQ4)
>
> Eu tenho que confiar, não me incomoda. Elas estão fazendo o trabalho delas, é trabalho.(PQ8)
>
> É assim mesmo, quando você vai ficando velho, vai precisando mais dos outros. É a vida. (PQ9)

De acordo com os discursos, observa-se que as ações dirigidas a eles são vistas como obrigação, sem individualidade ou sem uma interação humana genuína. Diante disso, cabe ao enfermeiro *Caritas* utilizar de seus conhecimentos para elaborar maneiras de se mostrar presente, a fim de criar uma conexão que permita uma expressão verdadeira dos sentimentos, tanto do ser que cuida como daquele que é cuidado.

Watson (2008) fala que a relação transpessoasl existe quando há união da enfermeira com o outro, assim como, quando ocorre uma elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar no mundo. Neste momento, há uma união espiritual entre duas pessoas, que as capacitam transcender a si próprias, ao tempo e ao espaço. Existe o compartilhamento de experiências e a criação de um campo fenomenológico próprio, mais profundo e complexo.

Assim, percebe-se que a interação entre enfermeiro e ser cuidado não deve estar voltada ao adoecimento, mas para criação de uma conexão transpessoal que busque as verdadeiras almas dos seres envolvidos.

5.2.2 Pesquisado-cuidado e sistema de crenças e subjetividade

A busca por um apoio espiritual permite a pessoa que está passando por situações de incertezas, uma possiblidade de apoio incondicional, trazendo benefícios positivos ao enfretamento dos momentos angustiantes, promovendo a esperança de um futuro melhor.

Estas revelações foram identificadas nos discursos dos pesquisados-cuidados durante todo o perioperatório de cirurgia cardíaca. Conforme descritos a seguir.

Antes da cirurgia, foram apreendidos discursos dos pesquisados-cuidados que expressaram sentimentos de fragilidade e de impotência, que fazem com que o ser procure amparo na fé e na religiosidade, na tentativa de amenizar seus medos:

> Confio em Deus, sei que é por causa dele que estou aqui viva. E ele vai me ajudar a passar por tudo isso. (PQ1)
>
> Deus é tudo, ele tá me apoiando, graças a ele tô vivo. Ele vai me ajudar a resolver esse problema. Vou sair daqui curado com a graça dele.(PQ10)
>
> Eu confio muito em Deus. Confio que ele vai realizar a minha cirurgia do jeito que eu tô pensando. Entreguei na mão dele.(PQ6)
>
> Deus está mais presente ainda na minha vida. Todo dia eu agradeço a ele por tá vivo. Quando eu paro para pensar um pouquinho, eu falo, obrigada meu Deus por tá vivo, já passei por muita coisa, apesar de ter três infartos ainda estou vivo, é um milagre seu. (PQ7)
>
> Ele tá me dando força pra passar por tudo isso, se não fosse ele, já estaria a sete palmos da terra. Eu sei que ele tá me dando outra chance, vai dar tudo certo. (PQ8)

A esperança e fé em um plano espiritual também são visualizadas após a realização do procedimento cirúrgico. Os pesquisados-cuidados agradecem a graça recebida e relacionaram o sucesso da cirurgia à misericórdia divina:

> Graça a Deus eu estou aqui bem, se não fosse ele, eu nem sei o que seria de mim.(PQ1).
>
> Tenho muito que agradecer, Deus é muito misericordioso.(PQ4)
>
> Agradeço primeiramente a Deus, ele que pegava nas mãos deles [médicos] por isso tudo deu certo.(PQ7)
>
> Eu confio em Deus, assim eu sei que vai dar certo. Tem que acreditar e confiar.(PQ5)
>
> Eu confio na palavra de Deus. Eu sei que ele já fez muito, sai bem da cirurgia e, com sua graça, logo irei para casa.(PQ2)

A crença em um ser superior permite uma nova possibilidade, não somente no meio físico, mas também no espiritual. “Todos nós precisamos de fé e de esperança para nos conduzir através das vicissitudes (transformações), idas e voltas da existência humana no plano terrestre.” (WATSON, 2008, p. 62).

O segundo *Caritas Process*, Watson (2008) traz a necessidade de estar autenticamente presente e fortalecer e sustentar o sistema de crenças e de subjetividade do outro. A manutenção da fé e o respeito à crença do outro são elementos essenciais ao ato de conectar-se com o outro. Assim, sem qualquer

menosprezo à ciência, deve-se instilar fé e esperança como forma de aumentar as capacidades imanentes do ser.

Segundo Chauí (2001), as principais finalidades da experiência religiosa são proteger os seres humanos contra o medo da natureza; oferecer-lhes a esperança de vida após a morte; oferecer consolo aos aflitos, dando-lhes explicação sobre a dor física ou psíquica; servir de acesso à verdade do mundo, fornecendo explicações para a origem, a vida e a morte de todos os seres.

Por meio dos discursos a seguir, observou-se que alguns pesquisados-cuidados não estavam buscando apoio em uma religião específica, mas em algo superior, um amigo divino que pudesse amenizar seu sofrimento, ajudando-os a enfrentar a doença, a cirurgia e a hospitalização, já que, sozinho não seriam capazes de fazê-lo:

> Ele é um amigo, em primeiro lugar é ele. Não preciso ser de uma religião, preciso acreditar no espírito de luz, e nisso eu acredito.(PQ4)
>
> Eu não frequento igrejas, elas são vazias. Eu pratico o bem e tenho certeza que Deus tá dando essa força pra mim, lógico.(PQ5)

O apoio vai além de uma religião específica, já que independe do plano material. Segundo Souza (2004), a maioria dos homens é religioso e, sob uma visão holística de religiosidade, busca suporte emocional no que considera divino, vinculado ou não a uma religião específica, para tornar-se mais forte.

Watson (2008) enfatiza em seu terceiro *Caritas Process* a fé como elemento de ordem maior da prática profissional, apontando a necessidade constante do aprendizado, assim como, afirma a necessidade de, continuamente, aprender e ensinar este princípio aos outros. Neste *Caritas Process*, ela retorna ao primeiro elemento, levando então naturalmente a uma prática espiritual que se torna transpessoal. Um processo como este nos conecta a uma fonte que é superior ao ego.

Diante disso, é importante que o enfermeiro busque realizar suas ações sem julgamento, estando autenticamente presente, mostrando-se como realmente é, transparente e sem subterfúgios.

Assim, para que o enfermeiro consiga honrar seu sistema de crenças e cultivar práticas espirituais que sejam além de seu ego, é necessária introspecção, meditação e reavaliação constantes das ações e formas de aproximação utilizadas. É preciso caminhar juntos para o alcance do cuidado transpessoal (WATSON, 2008).

De acordo com Huf (2002), a vivência religiosa traz benefícios positivos ao enfrentamento das situações angustiantes, promovendo a saúde mental e o equilíbrio interno. Ela é um fenômeno humano concretizador da fé, sendo que, independentemente da religião, aquele que tem fé supera mais efetivamente os desafios circunstanciais da vida. O exercício da fé como fonte de esperança diminui a ansiedade e favorece o enfrentamento das situações de crise.

Dessa forma, quanto à dimensão espiritual, Watson (2008) afirma que, se configura como parte integrante do ser e necessita ser avaliada pelo profissional de enfermagem e, ainda, diferenciada do aspecto religioso a partir de sua especificidade. Sobre este tema, em particular, a autora defende que a religiosidade diz respeito à crença em algo sobrenatural e divino, além de relacionar-se com adoração e obediência; espiritualidade constitui uma qualidade mais ampla do que religião. Uma pessoa não tem que pertencer a uma religião organizada para alcançar o espiritual.

Para Leloup e Hennezel (2003, p.26), “a religião representa um esforço do ser humano na busca de sentido para seu sofrimento, sua morte e sua existência. Já a espiritualidade, independentemente da experiência religiosa, faz parte do ser humano, constituindo sua própria essência”.

A compreensão do significado de espiritualidade e religiosidade pode, segundo Souza *et al.* (2006), colaborar no sentido de que os profissionais de enfermagem venham a distinguir as diferentes formas de expressões da dimensão espiritual do paciente, considerando, ainda que, por vezes poderão se ver frente à manifestações de religiosidade. Desta forma, o cuidado espiritual deverá ser efetuado tendo em vista as mais diversas experiências que o ser humano tem ao expressar sua espiritualidade.

Diante disso, é de fundamental importância a busca do enfermeiro pelo seu EU espiritual, descobrindo quem realmente é, para que, no estabelecimento de

uma conexão com a pessoa cuidada, consiga identificar as necessidades e manifestações religiosas do outro.

Neste sentido, na presente investigação, os pesquisados-cuidados relacionaram o sucesso da cirurgia e o apoio divino como resultado do julgamento de suas ações, mantendo a esperança na misericórdia e no amor de Deus para com os seus filhos:

> Eu sei que Deus vai fazer pra mim o que eu mereço, confio em sua avaliação. Eu sei que ele é misericordioso. (PQ3)
>
> Tranquilo, sei que sou uma boa pessoa, e você sabe Deus ajuda os bons e perdoa os pecadores. Estou bem, sei que ele vai tá comigo lá, eu vou voltar bem. (PQ9)

Desta forma, é importante que o enfermeiro observe a fragilidade do ser de seu cuidado e permita a expressão de seus sentimentos, sem julgamento, dando o apoio necessário para alcançar a tranquilidade essencial nesse momento de instabilidade física, mental e espiritual.

5.2.3 Pesquisado-cuidado e a relação de ajuda-confiança

A relação de cuidado estabelecida entre ser que cuida e ser que é cuidado depende da intencionalidade dos seres envolvidos, já que para se desenvolver um modo de cuidar transpessoal se faz necessária uma entrega genuína.

De acordo com os pesquisados-cuidados, o cuidado de enfermagem dirigido a eles se faz de forma autentica, como amor, respeito, atenção, carinho e alegria. Tais ações os deixam tranquilos e esperançosos na recuperação:

> Aqui as enfermeiras são dez [...] as enfermeiras foram uma benção de Deus na minha vida.(PQ5)
>
> Elas [enfermeiras] com as mãos de Deus, estão fazendo tudo certo,tem respeito com a gente.(PQ8)
>
> Estou sendo bem cuidada, elas fazem tudo com vontade, sem preguiça.(PQ1)
>
> Aqui é sensacional, a equipe de enfermagem aqui é 100%, o tratamento delas é muito bom, não trata com ignorância, trata com amor e carinho, aí a gente vê que elas se dedica a profissão delas.(PQ10)

Após a realização da cirurgia, durante o período de internação na UTI pós-operatória, a relação de ajuda-confiança entre enfermeiro e ser cuidado mostra-se mais intensificada, conforme apresentado no estudo:

> As enfermeiras aqui [UTI em comparação com as unidades tipo enfermarias] são mais atentas, qualquer coisa que acontece elas estão te perguntado se tá sentido dor ou outra coisa. Me sinto mais amparada aqui, eu sei que irão fazer de tudo para nada de ruim acontecer.(PQ1)
>
> Elas (enfermeiras) são muito capacitadas, estou no melhor lugar do hospital para se recuperar.(PQ2)
>
> Confio muito nelas, tem como ver, elas são experientes, fazem tudo certo, estão preocupadas com a gente ficar bom.(PQ8)

Diante do exposto, observa-se que os pesquisados-cuidados valorizaram o cuidado recebido, quanto este é feito com intencionalidade, quando busca em seus objetivos melhorar o bem estar do próximo de forma transpessoal. Os mesmos comparam os cuidados realizados entre as enfermeiras das unidades de internação, tipo enfermaria, com os cuidados realizados na UTI. Nesta comparação, a qualidade do cuida está relacionada à presença frequente da enfermeira junto da pessoa de seu cuidado, da disponibilidade e da preocupação demonstrada.

Watson (2008), em seu quarto *Caritas Process,* fala da importância em desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança, pois é preciso estar presente de forma integral, ouvir, perceber e sentir o que o outro tem a dizer, não somente pela sua voz, mas pelos seus gestos, olhares, movimentos, de maneira empática, sem pré-julgamentos, com sensibilidade e respeito, pois somente desta maneira a relação pode evoluir para o encontro dos *selves*.

Entre as ações de enfermagem, o ouvir e o conversar são relacionados como ações que diferenciam o cuidado prestado, como sendo de forma amorosa ou por obrigação profissional, como mostram nas seguintes falas apreendidas antes da realização da cirurgia:

> Tem umas [enfermeiras] que vem aqui conversar, saber como a gente tá, mas tem umas que eu nem conheço, faz o curativo e vai embora. (PQ4)
>
> [...] 80% são boas, mas tem umas que não estão nem aí pra gente, fazem tudo por obrigação, sem vontade. (PQ2)

Tais ações citadas pelos pesquisados-cuidados demonstram dificultar o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e ser-cuidado, já que mostra o cuidado de enfermagem sendo pautado somente em abordagens técnicas.

A falta de interesse do enfermeiro em adentrar na relação de cuidado de forma genuína, dificulta a construção de um elo e, por consequência, prejudica a identificação das reais necessidades de cuidado serão identificadas de forma superficial.

Assim, confirma-se a necessidade de o enfermeiro buscar ver o outro com um ser necessitante de atenção, pois cada movimento, toque, olhar e gesto faz parte do cuidado. Para Silva, Pimenta e Cruz (2013, p.84), *"*o encontro com o paciente nunca é neutro. O enfermeiro deve reconhecer que sua presença é tão importante quanto o procedimento técnico. Se não mais."

Diante disso, a utilização do quarto *Caritas Process* (WATSON, 2008), possibilita ao enfermeiro construir uma relação de confiança com o outro para que as possibilidades de cuidados possam emergir e serem capazes de se reconstituir. Colabora, ainda, ao ser com cardiopatias, a restauração da sua vida, mesmo na vigência de uma condição adversa.

Observa-se que ao estabelecer ações de cuidados tranpessoais, as enfermeiras são identificadas como profissionais competentes e são valorizadas pelos pesquisados-cuidados:

> Elas [enfermeiras] estão sempre aí vendo como a gente tá, conversando, perguntando como estão as coisas, se está sentindo dor, se o cansaço piorou, a falta de ar. É assim, qualquer coisa a gente chama elas, elas nunca negaram, sempre vem aqui.(PQ9)
>
> As enfermeiras são muito atenciosa, tudo o que a gente pede, fazem. São diferentes das de outros lugares, trata a gente como gente sabe!(PQ7)
>
> Sinto confiança nelas, as enfermeiras são muito boas, calmas, toda vida pergunta como a gente tá. De manhã, elas passam perguntando se a noite foi boa. Às vezes da uma tristeza, elas vem aqui brincam e anima a gente, o ambiente fica mais leve. (PQ5)
>
> Elas são 100%, sensacionais. Tudo o que fazem é com amor, com cuidado. Vem fazer uma medicação faz de forma diferente, explicando para que serve, se vai doer ou não. (PQ9)
>
> As enfermeiras são gente boa, quando vão fazer o curativo, fazem com carinho, pra não doer tanto. Dói, mas dói menos. (PQ10)

A sensibilidade expressada, identificada antes da cirurgia, revela a importância de se estabelecer uma relação de ajuda-confiança, a qual se liga ao trabalho profissional demonstrado com amor e carinho, dispensado por meio do dialogo, a partir do qual a enfermeira orienta e explica o desenvolvimento de procedimentos técnicos, ou seja, quando manifesta preocupação em colocar-se presente.

Após a cirurgia, os pesquisados-cuidados continuaram a identificar o cuidado realizado de forma amorosa, com o carinho como necessário para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda-confiança. A intenção do cuidado prestado de forma genuína perpassa as ações realizadas.

Sendo assim, neste momento, o enfermeiro está promovendo um cuidado transpessoal à pessoa, haja vista que o seu cuidado procura atendê-la em sua dimensão biopsicossocial, em que se busque a efetivação de uma ação realizada com intencionalidade, amor e dedicação.

Para tanto, amplia o foco da sua assistência, passando a incluir a pessoa em seu plano de cuidados. Quando a dimensão humana do cuidar é valorizada, a prática transcende a técnica, pois ela percebe o ser em sua totalidade existencial (MELO *et al*., 2012).

Watson (2008), em seu quarto *Caritas Process*, chama a atenção para a necessidade fazer-se presente, estabelecer uma relação que vai além dos sentidos, de forma empática, com respeito e sensibilidade, além da isenção de julgamentos e preconceitos.

Durante o pós-operatório, os pesquisados-cuidados relacionam o sentimento de confiança com as enfermeiras diante de sua observação ao vê-las trabalhar com rapidez, segurança e movimentação constante, como demonstrado a seguir:

> Tenho sim, elas são muito profissionais, atenciosas e resolvem tudo rápido. O pessoal aqui é profissional, são excelentes. (PQ7)
>
> Elas são boas, confio, não tem o que dizer não. Elas sabem muito, toda hora fazendo alguma coisa, não param nenhum momento. (PQ6)
>
> Aqui elas fazem tudo com rapidez, tem muita gente, são várias enfermeiras, lá na unidade só tem duas, você se sentir mais confiante. Qualquer coisa, elas estão aí, e ainda tem o médico 24 horas. (PQ9)

Diante disto, observa-se que existe a possibilidade de humanizar o cuidado dirigido a pessoa no pré-operatório de cirurgia cardíaca, pois este já nutriu um sentimento de confiança para com a equipe, o que facilita a criação de uma relação de ajuda-confiança.

Sabe-se que é difícil para o profissional exercer atividades transpessoais, já que diante das necessidades biológicas do sujeito, que exigem o uso pronto e eficaz de procedimentos e máquinas, acaba, em certos momentos, valorando o uso das tecnologias duras em detrimentos das demais. Porém, é nesta dinâmica estabelecida entre um limite tênue de objetividade e intersubjetividade, que o enfermeiro deve estruturar o seu cuidar (MELO *et al*., 2012).

Os pesquisados-cuidados, também, relacionaram a qualidade do cuidado dirigido com a administração da medicação no horário certo, realização dos procedimentos de forma asséptica e com habilidade. As manifestações apreendidas no pré-operatório ilustram essa ideia:

> Elas dão o remédio na hora certa, aqui as coisas ocorrem direito.(PQ3)
>
> Tem delas que fazem tudo certo, com técnica, não dói. (PQ2)
>
> Elas dão o remédio direitinho, na hora certa, pergunta se a gente tá bem, se preocupa com a gente, sabe. (PQ8)

Watson (2005) ensina que um dos privilégios da Enfermagem, e seu papel na interação com a humanidade, é a de que os enfermeiros têm acesso ao corpo humano. Os enfermeiros têm a honra de ajudar outras pessoas a gratificar as suas mais básicas necessidades humanas, especialmente quando se encontram vulneráveis. Parece que em algum lugar ao longo do caminho a Enfermagem desviou este contexto e se esqueceu da que importância que é cuidar de outra pessoa quando em necessidade.

Contudo, alguns pesquisados-cuidados relataram a falta de compromisso da equipe de enfermagem na realização de procedimentos, os quais são realizados de forma descuidada, sem a preocupação em ocasionar o menor dano possível ao sujeito de seu cuidado, ou mesmo em usar técnica asséptica:

> Tem umas aqui que são perversas, vêm tirar sangue da gente, não sabe tirar, faz é rasgar o dedo da gente. Se a gente reclama, elas

> acham ruim. Eu não sinto confiança nelas, quando elas chegam, eu já me aperreio. (PQ1)
>
> Vêm fazer as coisas com o telefone no ouvido, pegam as coisas sem luva e nem lavam as mãos. (PQ2).

Diante disso, é importante que o enfermeiro tenha consciência da importância de sua presença no cuidado dirigido ao ser com cardiopatia, tanto no cuidado direto como no indireto, sendo este, último, por exemplo, a supervisão de sua equipe. Pois, ao realizar ações desta natureza o cuidado de enfermagem fica fragilizado e, consequentemente, compromete toda a relação entre enfermeiro e ser-cuidado.

Viera, Alves e Kamada (2007) afirmam que o cuidado de enfermagem ao indivíduo deve ser diferente da visão imposta pelo modelo mecanicista-reducionista, pois o profissional de enfermagem deve ser capaz de entrar em contato com a subjetividade. Portanto, essa relação não pode ser realizada de maneira produtiva, impessoal e objetiva.

Assim, é preciso uma relação mais humanizada, na qual o objetivo é cuidar de forma transpessoal, valorizando tanto o outro como a si mesmo. Ao desenvolver ações de forma consciente, sabendo e se importando com o trabalho que se devolve, o enfermeiro será capaz de fazer o resgate de sua inteireza no processo de cuidar (WASTON, 2008).

Como dito, o cuidar de forma transpessoal é compreendido por Watson (2002) como o ideal moral da Enfermagem, no qual existe a preocupação máxima com a dignidade e preservação do ser humano. Uma relação transpessoal de cuidar conota uma relação de cuidar especial, uma união com a outra pessoa, considerando o seu todo e seu estar no mundo.

Também, se faz necessário ter sensibilidade para compreender a fragilidade do ser que está passando por um processo de sofrimento e angústia. Pois, em determinados momentos essas pessoas podem expressar suas angustias de forma grosseira e hostil para com o profissional de enfermagem. Os discursos apreendidos nesta investigação assim revelaram:

> Às vezes eu fico apreensivo com o que elas fazem, e acabo sendo grosso, mas depois eu volto atrás. (PQ8)
>
> É tudo por conta da doença, a gente vive nessa angústia mesmo, nesse medo constante, vive estressado com tanta coisa que acontece. (PQ3)

> Confio no trabalho delas, é só que não estou bem, tenho medo de tudo e tenho raiva de tudo também. (PQ1)

A fragilidade emocional que o ser com cardiopatia é vitimado antes da realização do procedimento cirúrgico faz com que a suas reações sejam desproporcionais as ações dirigidas a eles (ERDMANN *et al*., 2013). Diante disso, é importante que o profissional de enfermagem respeite o momento de dor e se coloque a disposição para escutar e conversar, sem julgamento, buscando o cuidado transpessoal.

O cuidado transpessoal determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro (WATSON, 2008). E ao desenvolver esse cuidado, o enfermeiro conseguirá acolher o outro e estabelecer as condições necessárias para que se instaure uma verdadeira relação de ajuda-confiança.

5.2.4 Pesquisado-cuidado e a expressão de sentimentos

Os pesquisados-cuidados relataram vários sentimentos para exemplificar o momento que estão passando. Afirmam estarem felizes com a cirurgia, já que outros não tiveram esta oportunidade; apresentaram tranquilidade, pois trata-se de técnica que há muito tempo vem sendo realizada; ansiosos para que tudo termine logo; e esperançosos para que a cirurgia seja um sucesso e que consigam voltar à rotina anterior ao adoecimento. Nesta direção assim discursaram:

> Estou muito ansioso, estou preocupado demais. (PQ7)
>
> Aquela ansiedade de chegar amanhã, que der certo. (PQ8)

A ansiedade apontada pelos pesquisados-cuidados é comum diante de um ambiente desconhecido, com pessoas estranhas e em situação de estresse constante. De acordo com Camponogara *et al* (2012), existe uma faixa de ansiedade que deve ser considerada desejável, pois impulsionará o paciente a agir, fazendo perguntas à equipe, relacionando-se com os familiares e aceitando as restrições impostas pelo preparo pré-cirúrgico.

Medeiros e Peniche (2006) corroboram os autores citados, quando afirmam que ansiedade, baixa e média, tende a ser benéfica para a pessoa, pois faz com que haja uma ativação de comportamento e motivação, tendo um resultado

mais efetivo na avaliação da situação e na construção das estratégias de enfretamento.

Diante disso, cabe ao enfermeiro que está em contato contínuo com este ser desenvolver atividades que o permitam expressar seus sentimentos, identificando o real estado de ansiedade.

Watson (2008), no quinto *Clinical Processes,* fala da necessidade do profissional apoiar a expressão dos sentimentos e se dispor a ouvir o ser, ajudando-o a externar suas emoções e a falar sobre os seus sentimentos e angústias.

Assim, o profissional deve se colocar na posição de ouvinte, permitindo que o ser cuidado expresse seus sentimentos. Diante desta abertura, frente à proximidade estabelecida a pessoa será capaz de expor seus sentimentos com maior naturalidade.

Outros pesquisados-cuidados relataram tranquilidade e satisfação diante da realização do procedimento cirúrgico, contudo, suas expressões corporais, estavam condizentes com evidente medo e ansiedade:

> Eu estou bem, estou tranquilo, eu quero que isso acabe logo para eu ir para casa. Eu tou bem, não estou preocupado e nem com medo. (PQ4)
>
> Estou tranquilo demais, esperando só a hora, rezando pra que tudo ocorra bem. (PQ10)

Percebe-se, a partir dos depoimentos, a importância de o enfermeiro visar o cuidado transpessoal, pois é somente com uma entrega verdadeira entre ser que cuida e ser que é cuidado, que possibilitará a expressão dos verdadeiros sentimentos das pessoas envolvidas na relação.

De acordo com Ribeiro (2009), a necessidade de expressar os sentimentos deve ser considerada e valorizada como instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado. Assim, ajuda-se a pessoa a reconstituir a si mesma e a encontrar-se, por meio do seu próprio sentir e a partir de sua individualidade.

Sentimentos positivos também são expressos pelos pesquisados-cuidados. A esperança em torna-se novamente uma pessoa sem dor, capaz de trabalhar e de sair para se divertir com a família e amigos, faz com que essas

pessoas depositem muita esperança na cirurgia, pois ela possibilitará seu futuro melhor. Neste sentido, assim manifestam:

> Mas no mais tá tudo bem. Depois dessa cirurgia eu vou ter minha vida de novo. É isso que eu espero. (PQ7)
>
> De coisa boa, posso falar que antes eu parava direto, não conseguia trabalhar, aí eu ia pra casa. Agora com a cirurgia vê se eu volto a trabalhar direito, sem ter que embora sempre. (PQ8)
>
> Dizer que tou triste, digo não, taria se tivesse em casa da mesma forma que antes, agora tenho uma chance pra melhorar as coisas. (PQ9)
>
> Vai dar tudo certo, eu vou voltar a trabalhar. (PQ10)

De acordo com Souza (2004), as pessoas que vivem o pré-operatório de cirurgia cardíaca deixam de lado as frustrações e os sentimentos de impotência gerados pela doença, e buscam na instituição a solução de seu problema. Pois, acreditam que, a partir da cirurgia, será possível experimentar um futuro diferente do presente, depositando muita esperança no porvir.

Assim, é possível ao ser que realizará o procedimento cirúrgico apresentar sentimentos de esperança, posto que, a crença em um futuro melhor, a partir da cirurgia, motiva os sujeitos a buscarem tal tratamento, que pode assumir uma dimensão de renascimento, um recomeço de vida, a cura da doença (WOTTRICH, 2011).

O medo é outro sentimento significativo presente na fala dos pesquisados-cuidados. Diante da iminência da cirurgia, a qual está vinculada à dor, à vulnerabilidade, ao sofrimento e a hospitalização, o ser sofre como tudo aquilo que está por acontecer. Nesta direção, relataram:

> A gente fica meio receosa, com medo, não vou dizer que estou perfeita que não tô. Estou nervosa, me dá uma suadeira fria. (PQ1)
>
> Eu estou apreensivo, não tem como não ter medo, nunca passei por isso, nunca fiz uma cirurgia. (PQ2)
>
> Como é que eles vão conseguir fazer isso comigo e eu voltar vivo dessa cirurgia. (PQ3)
>
> Estou baqueado, a gente vai fazer essa cirurgia e sabe que vai, mas não sabe se volta. (PQ5)

Diante da necessidade de realizar a cirurgia, é comum a presença do sentimento de medo. Tal sentimento pode mostrar-se vinculado à suposição de que

o procedimento acarreta dor, à vulnerabilidade e ao sofrimento caracterizado pela cirurgia em si e pela hospitalização e à morte real. A cirurgia representa a violação do corpo e traz o medo da agressão à integridade do sujeito (SOUZA *et al*., 2006).

O tratamento cirúrgico traz consigo uma carga significativa de sofrimento para as pessoas que a ele se submetem. Para os pesquisados-cuidados, o mesmo foi considerado um procedimento agressivo, invasivo e irreal:

> Estou com medo, não queria fazer a cirurgia não, sei lá o que é essa coisa, só vejo as pessoas aqui tudo aberta. Rebola a gente numa mesa, depois passa um serrote, como se a gente fosse um animal, nem ligam. (PQ1)
>
> Vão me abrir no meio, depois vão colar, como se cola um papel, com isso, a gente fica quase que descrente da vida. Como é que eu vou viver depois disso. Porque você sabe que quando você abre um porco ou um boi é para abrir a banda mesmo, você serra aqui a titela [esterno] e não fecha mais. (PQ3)
>
> Me repugna saber que eu vou ser cortado. A gente se sente mal, a gente tá aqui, mas a gente tá tenso. (PQ5)

O medo, ainda, esteve associado ao desamparo diante da perda de controle vislumbrada na situação cirúrgica. Tal descontrole está relacionado à situação de anestesia para a realização do procedimento, momento em que o sujeito "entrega-se" nas mãos da equipe, o que inclui a perda de sentidos e, por conseguinte, à perda da autonomia e do poder de decisão. Eles assim relataram:

> A gente sabe que vai levar uma anestesia, mas não vai sentir nada e não sabe o que vai acontecer depois, parece uma coisa de outro planeta, isso nos deixa insignificante. (PQ5)

A falta de controle vislumbrada na situação cirúrgica é um fator que acentua a sobrecarga de sensações envolvidas em tal experiência, visto que os indivíduos ficam expostos a uma situação dicotômica: entre a vida e a morte. Nesse sentido, a cirurgia cardíaca é uma vivência de grande impacto na vida da pessoa, seja em seu aspecto físico ou em seu aspecto psicológico (WOTTRICH, 2011).

Diante do exposto, fica demonstrado que o medo é um sentimento presente na vida dessas pessoas, o que pode trazer sérias repercussões no processo da realização do procedimento cirúrgico. A identificação desse sentimento por parte dos enfermeiros é de fundamental importância para o planejamento de suas ações.

Então, a equipe deve considerar que a cirurgia cardíaca irá mexer com o “centro da vida” e, portanto, com fantasias e medos ligados à morte, violação interior, superstições e inseguranças (RIBEIRO, 2009). Assim, é necessário sensibilidade para interagir com esse ser, realizando suas ações com respeito, amor e carinho.

Assim, cabe ao enfermeiro compreender as necessidades desse ser numa perspectiva que atinja níveis mais elevados de cuidado humano, propiciando a transcendência do mundo material no relacionamento entre profissional e ser cuidado, permitindo o contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, abrindo o ser interior e externando o sentido mais profundo do seu ser (WATSON, 1999).

Após a realização da cirurgia cardíaca, os pesquisados-cuidados passam a expressar sentimentos positivos:

> Já estou aqui viva, é muita coisa né, eu sei vai dar tudo certo, daqui alguns dias estarei em casa, cuidados dos meus filhos. Estou bem. (PQ1)
>
> Depois que acordei, fiquei feliz sabe, estou vivo! Agora só tenho que sair daqui bem. (PQ5)

A felicidade expressada ao se perceber vivos, após a realização do procedimento cirúrgico, faz com que os pesquisados cuidados tenham esperança, satisfação e possibilidades na vida e um futuro melhor.

Contudo, sentimentos negativos também estão presentes nos discursos revelados na fase pós-operatória. A insegurança diante da saída da UTI e futura alta domiciliar, o medo de não conseguir fazer as mesmas coisas de antes do adoecimento e as incertezas diante da recuperação. Tais sentimentos são observados nesses depoimentos.

> Aqui a gente é acompanhado, lá [enfermaria] tem menos gente, se eu passar mal como vai ser. Não sei se fiquei bom como eu era. (PQ9)
>
> É complicado, tenho medo, não sei como vai ser quando eu sair daqui. Tinha a minha vida, minhas obrigações. A minha mulher que está se apertando para pagar as contas. (PQ6)
>
> Difícil vai ser quando chegar em casa, sou só eu e minha mãe, tenho medo de ficar incapaz, a recuperação demora, não pode ficar fazer fazendo estripulias e as contas como vai ser. (PQ8)

Observa-se que o medo de retornar a enfermaria se faz presente, já que na visão dos pesquisados-cuidados, por ter menos profissionais e não possuir a mesma dinâmica de cuidados estabelecidos na UTI, eles estariam mais expostos a intercorrências e ao não recebimento da assistência necessária. Também é observado que o medo está relacionado a incerteza quanto ao retorno das atividades laborais e a possibilidade de ficar incapacitado, precisando da ajuda de outros para a realização de atividades que antes era de sua responsabilidade.

Sentimentos de insegurança e medo são comuns após a realização de um procedimento invasivo e de grande porte como a realização de uma cirurgia cardíaca. Estudo realizado com pessoas após a realização de uma cirurgia cardíaca corrobora os achados desta investigação ao afirmar que a alteração da rotina ocupacional afeta o aspecto emocional e também a condição econômica e financeira do sujeito, da família e do lar, considerando que na maioria das vezes estes sujeitos eram provedores financeiros da família. Consequentemente, sentimentos como a tristeza e o desânimo afloram, deixando o indivíduo mais hostil frente ao seu novo processo de viver (CALLEGARO *et al*.,2012).

Diante disso, é necessário sensibilidade do enfermeiro para identificar o momento em que esses sentimentos deixam de ser o esperado, normal, e começam a prejudicar o bem-estar do sujeito, dificultando sua recuperação.

Para que o enfermeiro seja capaz de identificar essas situações, é preciso priorizar a comunicação, na qual o profissional necessita ter uma mudança de foco e atitude: do fazer para o escutar, observar, compreender, apontar as necessidades para, então, planejar ações. E o escutar não é apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, utilizar gestos que expressem aceitação e estimulem a expressão de sentimento (MAFETONI; HIGA; BELLINI, 2011).

Assim, é de suma importância que o enfermeiro seja conhecedor da realidade em que atua, para contribuir de uma forma mais eficaz, na prestação de serviço que colabore para uma recuperação da pessoa e, assim, favorecer a alta hospitalar o mais precocemente possível, no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

5.2.5 Pesquisado-cuidado e a busca do healing

Após descobrirem que iriam realizar o procedimento cirúrgico, os pesquisados-cuidados relataram grandes transformações em sua vida. Desde simples mudanças, como a vinda para o hospital, até mudanças significativas, como o retorno para a família, como se afirma com os relatos descritos:

> Só de não senti dor, a mudança já é grande. Em casa eu não conseguia fazer nada, agora aqui no hospital, estou tomando os remédios, as coisas melhoraram. (PQ1)
>
> A minha vida agora é outra, voltei para casa. Minha relação com a minha família tá boa, estamos unidos, isso é bom. (PQ3)

O retorno para o ceio familiar é um fato relatado pelos pesquisados-cuidados como uma boa consequência decorrente do adoecimento. O apoio da esposa e dos filhos proporciona um período de internação hospitalar mais tranquilo, o que repercute em uma boa adaptação a esse momento de transformação (VILA; ROSSI, 2008).

A internação hospitalar faz com que essas pessoas fiquem preocupadas como o mundo exterior, sua família, seu trabalho e seus amigos. Essas preocupações prejudicam o enfretamento e adaptação, conforme demonstra estes pesquisad-cuidado:

> Antes eu falava com todo mundo, ajudava como eu podia. Agora, eu não sei nem o que está acontecendo. Tem os problemas lá de fora que preocupa a gente, já vai fazer trinta dias que eu estou aqui. (PQ5)

Também são relatadas mudanças no estilo de vida, expressando ter consciência da necessidade de melhorar a sua qualidade de vida, preocupando-se com a alimentação, higiene e condicionamento físico.

Diante da eminência de realizar a cirurgia cardíaca, os pesquisados se mostram conscientes da necessidade de mudanças em seu estilo de vida. Sabe que sua recuperação dependerá dessas alterações. Assim, após sua descoberta, torna-se salutar para a pessoa mudar seus hábitos alimentares. Ainda que às vezes essa mudança represente tolher desejos por determinados alimentos, para o benefício da própria saúde cardiológica, o paciente acaba aceitando os novos hábitos alimentares (CALLEGARO *et al.*,2012).

Destaca-se, também, nas falas dos pesquisados-cuidados, a importância do trabalho em suas vidas. Já que eles tinham uma vida atribulada, cheia de obrigações, sendo ainda os responsáveis pelo sustento da família. Para essas pessoas os sentimentos de inutilidade e incapacidade são constrangedores diante da sociedade:

> Antes eu sustentava a casa, agora é só a minha mulher, desde antes eu não estava conseguindo trabalhar. As pessoas pensam que é preguiça, mas não é, é doença mesmo. (PQ8)
>
> Desde que descobrir que vou fazer a cirurgia, não consigo dormir. Tenho uma família para sustentar, como vou fazer estando doente do coração. (PQ5)
>
> Eu parei de trabalhar, sou caminhoneiro, e você sabe como é, trabalhava igual a jumento de carga, muito tempo na estrada, não se cuida. (PQ10)
>
> Não sei como vai ficar lá em casa, eu que sustentava, e agora não sei como vai ser. Minha função é essa. (PQ7)
>
> A função do homem é manter a casa, cuidar para não faltar nada para os filhos, para a esposa. Agora doente, eu não sou capaz disso, não estou servindo pra nada. (PQ4)

Ter que se afastar do trabalho preocupa o pesquisado-cuidado, pois em seus pensamentos a função mais importante do homem é sustentar seu lar, seus filhos e sua esposa. E, quando isso não é mais possível, o mesmo apresenta sentimentos de incapacidade.

Segundo Callegaro *et al*. (2012), a alteração da rotina ocupacional afeta o aspecto emocional e também a condição econômica e financeira do sujeito, da família e do lar, considerando que na maioria das vezes estes sujeitos eram provedores financeiros da família. Consequentemente, sentimentos como a tristeza e o desânimo afloram, deixando o indivíduo mais hostil frente ao seu novo processo de viver.

Diante da fala dos pesquisados-cuidados, observa-se a necessidade de intervenção de enfermagem perante a busca de novas soluções para a melhor adaptação desse ser a sua nova realidade.

O trabalho, nesse âmbito, é compreendido como condição essencial no processo de viver; tanto que os sentimentos de inutilidade e incapacidade provenientes da impossibilidade de ser produtivo são constrangedores para as pessoas hospitalizadas.

Para Souza (2004), a pessoa com cardiopatia enfrenta mudanças em seu estilo de vida por causa da enfermidade, da necessidade de tratamento, do controle clínico e de possível realização de um procedimento cirúrgico. Isto porque, a situação referida pode limitá-la em relação ao trabalho ou outra atividade que demande esforço físico e disponibilidade, constituindo se em um problema que pode abalar toda a sua estrutura física, psicoespiritual e mental.

Segundo Vila e Rossi (2008), a dimensão do trabalho pode mostrar-se vinculada ao bem-estar material, por sua vez entendido como condição necessária para a promoção da independência e autonomia. Dessa forma, a cirurgia parece ser percebida pelos sujeitos como associada à limitação para atividade remunerada, havendo repercussões psico-emocionais importantes dessa situação em termos de percepção de baixa auto-estima e dependência financeira.

Diante disso, a impossibilidade e ou a incapacidade para o trabalho exige um processo de readaptação, com adequações ao estilo de vida, tanto para a pessoa quanto para os familiares. Neste sentido, o apoio da família e as orientações profissionais são importantes no sentido de amenizar o sofrimento e as perdas, encorajando-o a buscar atividades alternativas como forma de lazer e sentido de viver (CALLEGARO *et al*., 2012).

No sexto *Clinical Process,* Watson (2008) afirma que a Enfermagem deve usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar de forma sensível do ser que está em sua responsabilidade, buscando ajudar o ser cuidado no processo de reconstituição “healing”.

Desta forma, o ser que antes se sentia vítima da situação passa a buscar formas criativas para conseguir vencer esse obstáculo e promover um mundo de novas possibilidades.

5.2.6 Pesquisado-cuidado e o processo de ensino

Quando o ser com cardiopatia descobre que terá que realizar o procedimento cirúrgico, o mesmo tenta buscar informações para melhor compreender sua real condição.

Diante dos relatos apreendidos antes da realização da cirurgia, observa-se a dificuldade em conseguir tais informações ou compreender as informações que lhe são repassadas.

> Eu tenho três veias entupidas; é só o que eu sei. Isso foi que o médico disse, aqui você vai perguntar as coisa, mas ninguém responde direitinho. (PQ1)
>
> Eu não sei de nada não, mas acho que foi do meu trabalho. Eu tinha uma tosse que não passava, cansaço e muita falta de ar. Aí, eu fui no médico e ele falou que era problema no coração e me encaminhou pra cá, só disse isso, agora eu estou aqui. (PQ6)

Observa-se a partir dos depoimentos que os pesquisados-cuidados carecem de informações acerca de sua doença e da realização do procedimento cirúrgico. Tal fato pode prejudicar o processo de adaptação a hospitalização, recuperação no pós-operatório. Já que, no momento em que o ser não consegue compreender os motivos que acarretaram a necessidade de realizar uma cirurgia de grande porte, como a cirurgia cardíaca, será mais difícil uma mudança no estilo de vida dessas pessoas.

Assim, é de suma importância que os profissionais que estão envolvidos com essas pessoas estejam cientes da necessidade de esclarecer as dúvidas pré-existentes e as que venham a surgir com o decorrer do processo de realização do procedimento cirúrgico. Pois, no momento que esse ser for convidado a participar de seu processo saúde-doença, suas respostas serão diferentes e a sua conscientização sobre a necessidade de ter atitudes condizentes com a sua nova realidade permitirá uma recuperação mais rápida e de maior estabilidade.

Dentre os profissionais da saúde que possam colaborar no momento de orientação perioperatória, se destaca o profissional enfermeiro, já que o mesmo está preparado para esclarecer as dúvidas que a intervenção cirúrgica provoca, sendo obrigado legal e moralmente a fazê-lo, pontuando riscos e benefícios, em linguagem acessível (MAFETONI; HIGA; BELLINI, 2011).

Além disso, o enfermeiro pode favorecer os enfrentamentos necessários da pessoa no momento da orientação perioperatória ao considerar a complexidade, a individualidade e a pluralidade do ser humano, possibilitando um melhor (con)viver durante e após a reabilitação cirúrgica, particularmente, quando reveladas alterações definitivas (CALLEGARO *et al.*, 2012).

Como resultado o olhar do enfermeiro se volta ao ser humano de seu cuidado que necessita de orientações abrangendo, dessa forma, o sétimo *Clinical Process* de Watson (2008), que ressalta a necessidade de se engajar em experiência genuína de ensino-aprendizagem que atenda à unicidade do ser e dos significados tentando manter-se dentro do referencial do outro.

Nesse sentido, o enfermeiro deve buscar em suas ações compreender que as orientações a serem repassadas devem está adequadas à realidade do receptor, e que a base para a elaboração de tais orientações estejam de acordo com nível de instrução do mesmo.

Durante o período que antecede a realização da cirurgia, os pesquisados-cuidados relatam ter várias dúvidas referentes à cirurgia, à anestesia e ao período de internação na UTI pós-operatório:

> Eu tenho três veias entupidas, será que eu vou precisar fazer três cirurgias?(PQ2)
>
> Como eu tenho varias outras doenças, eu vou ter que passar mais tempo na UTI? (PQ5)
>
> Na UTI eu poderei receber visita da minha família?(PQ7)
>
> A anestesia é potente mesmo, será que eu não vou sentir dor quando abrir meus peitos? (PQ8)

Deve-se ressaltar que, em muitos casos, as informações acabam sendo repassadas por outras pessoas que não são os profissionais de saúde, os quais podem ser os familiares, os amigos, as pessoas internadas e seus acompanhantes. No entanto, observou-se que em algumas situações, estas informações são repassadas de maneira equivocada, o que, muitas vezes, aumenta o medo dos pacientes frente ao procedimento ao qual será submetido.

Diante disto, é importante que a enfermeira fique atenta e se mostre disponível para esclarecer qualquer dúvida que venha a surgir, além de desmitificar algumas concepções de senso comum.

No pós-operatório de cirurgia cardíaca, os pesquisados-cuidados, também relataram dúvidas quanto aos procedimentos a serem realizados, como: retirada do tubo orotraqueal e drenos, função dos equipamentos e quanto à evolução de seu quadro clínico.

> Não aguento mais esse negócio apitando no meu ouvido, acho que devo tá muito mal, a luz fica vermelha toda vez. (PQ9)
>
> Aqui ninguém fala nada, você não sabe se ta melhorando, quando você pensa que ta melhor, eles vêm e falam que tá pior. Eu não sei de nada e ninguém fala com a gente aqui. (PQ10)

Diante dos relatos, percebe-se a necessidade de uma atuação mais intensificada do enfermeiro, durante esse período que antecede a realização da cirurgia cardíaca, pois a falta de conhecimento sobre determinados assuntos prejudica a construção de uma estabilidade emocional, essencial para o bem estar desse ser. Isto porque, a falta de conhecimento pode levar a construção de fantasias sobre a cirurgia e o período de permanência na UTI.

Em um estudo desenvolvido com pessoas que realizaram a cirurgia cardíaca em um hospital universitário, mostrou-se que a visita pré-operatória de enfermagem, a orientação por parte da equipe de enfermagem, o diálogo, uso de painéis ilustrativos e recursos visuais, manual de orientação, aplicação de questionários e os depoimentos de outros pacientes com relato de experiência em reuniões de grupo, foram identificados pelos sujeitos da pesquisa como de suma importância para sua recuperação e melhor adaptação a sua nova realidade (MAFETONI; HIGA; BELLINI, 2011).

Diante disso, comprova-se a necessidade do enfermeiro ser, também, um educador, o qual deve utilizar os sentimentos e vivências experenciadas pelos sujeitos de seu cuidado como ponto de partida para o crescimento e superação, como uma experiência de ensino-aprendizagem, desenvolvendo, dessa forma, o sétimo Clinical Process.

Assim, a intenção de transformar em realidade este cuidado tornaria possível ajudá-los em suas necessidades e, por meio da percepção da sacralidade do ser, possibilitaria uma conexão enfermagem-pessoa estabelecendo um momento de cuidado e abrindo a consciência de ambos os envolvidos para diversas modalidades de cuidado (MATHIAS, 2007).

Segundo Chistóforo e Carvalho (2008), a orientação é uma forma de esclarecer as dúvidas que a intervenção cirúrgica provoca. O enfermeiro é o profissional que, além de preparado para realizá-la, é obrigado legal e moralmente a

fazê-lo, preparando o paciente quanto a cirurgia a ser realizada e aos cuidados pré e pós cirurgia, aos risco e benefícios, em linguagem acessível.

A comunicação e o diálogo representam um processo de construção e aperfeiçoamento da relação de cuidado estabelecida entre as partes envolvidas. Assim, se faz necessário que o enfermeiro escute a pessoa de seu cuidado e a partir desse encontro busque junto com ele estabelecer uma conexão verdadeira. Diante dessa proximidade os verdadeiros questionamentos irão emergir.

5.1.7 Pesquisado- cuidado e o ambiente de reconstituição

O ambiente hospitalar é um local pouco acolhedor para a pessoa que se encontra em adoecimento, já que em muitos casos o foco do cuidado está voltado para os equipamentos, os procedimentos e a doença. O cuidado acaba perdendo sua personalização, pois as dimensões existenciais do ser humano não recebem o destaque merecido pelo enfermeiro cuidador, o qual vê o corpo doente como foco de suas ações e não o ser humano em seu SER transpessoal.

Tais atitudes podem ser percebidas nas falas dos pesquisados-cuidados, apreendidas antes da cirurgia:

> Eu estou mal, não estou gostando. Estou fora da minha casa, fora do meu habitat. Não vou dizer que estou bem aqui [enfermaria]. (PQ1)
>
> Aqui eu sou só mais um, igual a todos os outros doentes, aqui você é um doente que precisa de ajuda. Na minha casa eu sou alguém com nome. (PQ6)
>
> É difícil, a gente se sente sozinha, desamparada. Não tem como gostar de um lugar desse. (PQ8)
>
> Aqui [enfermaria] a gente tem que fazer tudo na hora que elas querem, a gente não pode escolher [...] até o banho tem que ser no horário certo, porque tem que fazer o curativo do acesso. (PQ9)

No ambiente hospitalar, a falta de um cuidado diferencial faz com que essas pessoas se sintam desprotegidas e sozinhas diante do tratamento impessoal recebido por aqueles que deveriam tratá-los de forma acolhedora.

Nesse âmbito, observa-se que há uma série de perdas, pois, a rotina não é mais flexível e personalizada e o sujeito fica submisso a atividades e regras pré-estabelecidas, podendo resultar em uma despersonalização do mesmo. Com isso, a

espera pela cirurgia pode acentuar a postura de passividade, o que pode trazer a sensação de frustração. Ainda, a imprevisibilidade presente no ambiente hospitalar opõe-se aos esforços pessoais para preparação em relação ao tratamento (BERGVIK; SORLIE; WYNN, 2010).

Diante do exposto, percebe-se que a hospitalização se configura como um momento de oportunidade para o cuidado transpessoal de enfermagem, com vistas a buscar minimizar a solidão vivida pelas pessoas, neste caso a daquelas que irão realizar um procedimento cirúrgico. É preciso fortalecê-las e demonstrar que se estar ao seu lado.

Quando se refere ao ambiente de cuidado, Watson (2005) considera que a criação deste deve permitir a reconstituição do ser humano em todos os seus níveis de energia e de consciência para que ocorra a potencialização da totalidade, da paz, da beleza, do conforto e da dignidade.

Desta forma, a enfermeira cuidadora, ao encontrar maneiras de satisfazer esta necessidade ou outras que possam surgir no cotidiano de cuidar, promove o desenvolvimento de um ambiente agradável, o que melhora as condições afetivas e facilita a interação com o outro, permitindo uma melhor satisfação com a vida.

Assim, a enfermeira se comporta como sujeito de ação tanto sobre o ambiente quanto sobre a pessoa, cabendo a ele buscar influenciar o ambiente físico imediato, possibilitando um local calmo, agradável e com condições estruturais que preservem as forças vitais da pessoa de seu cuidado.

Neste sentido, durante o pós-operatório, os pesquisados-cuidados relataram as dificuldades encontradas em um cenário desconhecido, considerando-o de grande instabilidade, já que os profissionais estão em movimentação constante, grande variedade de equipamentos, pacientes graves e com uma estrutura física desfavorável para proporcionar conforto e tranquilidade:

> Eu nunca passei por isso, pra mim não é bom tá aqui, não consigo dormir, é muita zoada e a luz é muito forte. (PQ2)
>
> Aqui, não sei, é tudo intenso, angustiante, muito ruim mesmo. (PQ3)
>
> Ter que ficar aqui deitado com as costas no colchão duro desse não é brincadeira não. O colchão esquenta muito. (PQ4)
>
> Tem muita zuada. Lá em casa quando eu vou dormir, é tudo escuro, trancando, eu não acendo uma luz. Aqui é essa claridão. A luz me incomoda demais. (PQ7)

> O colchão que é muito quente, as costas dói muito por causa da posição. (PQ10)

Segundo Cavalcanti (2007), a pessoa no pós-operatório de cirurgia cardíaca apresenta-se extremamente assustada diante de um ambiente desconhecido, com ruídos de bombas infusoras, monitores e ventiladores mecânicos, vozes oriundas de conversas entre profissionais de saúde, entre outros. A temperatura baixa do ambiente, em torno de 20 graus, associada à hipotermia consequente do procedimento cirúrgico são detalhes desse momento. Além disso, percebe o tubo orotraqueal, os drenos e outros equipamentos ao seu redor. Diante de tal quadro, o sujeito apresenta-se agitado.

Assim, é necessária a humanização do cuidado dirigido à pessoa que está em uma unidade de terapia intensiva, não significa negar a relevância da tecnologia que é indissociável deste cenário, mas implica valorizar e atribuir uma real importância aos aspectos relacionais ao cuidado no âmbito transpesssoal

Sabe-se que em muitos casos, o profissional enfermeiro, diante das necessidades biológicas da pessoa no pós-operatório imediato, que exigem o uso pronto e eficaz de procedimentos e máquinas, acaba, em certos momentos, valorizando o uso das tecnologias duras em detrimentos das demais (MELO *et al*., 2012). Mas, é nesta dinâmica estabelecida entre um limite tênue de objetividade e intersubjetividade que o enfermeiro deve estruturar o seu cuidar, buscando a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física e espiritual (WATSON, 2008).

De acordo com Machado (2008), a promoção de um ambiente terapêutico iluminado e silencioso poderá contribuir sobremaneira para o bem-estar da pessoa em situação de pós-operatório imediato. Deve ser observado também que o posicionamento do paciente no leito está diretamente relacionado ao surgimento de dor além do que é esperada pela incisão da esternotomia e dos drenos.

Contudo, em alguns casos, os pesquisados-cuidados relataram gostar do ambiente hospitalar, pois se sentem cuidados e protegidos, como observado nos relatos apreendidos a seguir:

> Eu gosto daqui, o ambiente é agradável, calmo. Me sinto protegido. (PQ2)

> Se for para tratar melhor que aqui só se for, não, nem em casa. (PQ3)
>
> O hospital aqui é beleza, bonito, a comida é boa, os profissionais tratam a gente bem. (PQ4)
>
> Aqui é tudo ponto positivo, não tem ponto negativo. A comida é boa, o ambiente é ventilado. (PQ10)
>
> Estou gostando daqui do hospital, a estrutura é boa, espaçosa, e os profissionais são bons. (PQ5)

Para alguns pesquisados-cuidados, a qualidade do ambiente hospitalar estava relacionada às melhorias alcançadas após a sua transferência da emergência para a enfermaria, já que considera aquele como sendo um ambiente de péssimas condições:

> Tô gostando muito daqui, não tenho do que reclamar. Lá na emergência era ruim, eu ficava no corredor, numa maca, tinha medo de cair a todo momento. (PQ6)
>
> Aqui tá muito bom, mas quando eu cheguei no corredor era péssimo, não dormia, passava a noite acordado, só dormia quando o corpo não aguentava mais. Quando o corpo não aguentava mais, a mente relaxa e eu dormia, lá era angustiante, horrível. Aquela porta do corredor, quando eu tava conseguindo cochilar, a porta batia, é zuada demais. (PQ7)
>
> A mudança da sala de parada pra cá foi sensacional. Um ambiente super bacana mesmo. (PQ10)

Diante disso, confirma-se a necessidade de criar um ambiente saudável em todos os níveis, físico ou não; um ambiente de energia sutil e consciente, pelo qual unidade, beleza, conforto, dignidade e paz são possíveis, conforme o preconizado pelo oitavo *Caritas Process* (WATSON, 2008).

Outro aspecto que foi considerado importante para a construção de um ambiente favorável foi a presença de pessoas com a mesma condição de adoecimento e que também aguardavam um procedimento cirúrgico e seus acompanhantes:

> Aqui é tudo maravilhoso, ótimo demais. A gente se comunica muito bem, um dá força ao outro, um que já veio de lá, dando força pra gente, aí a gente se sente mais confiante. (PQ8)

Acredita-se que a presença dos outros pacientes internados e seus acompanhantes transmitem a confiança, a esperança e a segurança necessária

para criar um ambiente de união e solidariedade entre os mesmos, o que pode favorecer uma melhor estabilidade para enfrentar o processo de hospitalização.

5.1.8 Pesquisado-cuidado e o alinhamento mente-corpo-espírito

Quando da necessidade de realização do procedimento cirúrgico, os pesquisados-cuidados tendem a passar um longo período de internação. Já que, para realizar a cirurgia existe o tempo de espera para marcar o procedimento, realização da cirurgia, pós-operatório imediato, mediato e sua permanência na UTI pós-operatória, pós-operatório tardio e retorno para acompanhamento pós-cirúrgico na enfermaria.

Contudo, o tempo de internação pode ser maior dependendo do surgimento de alguma situação adversa, como necessidade de remarcar a cirurgia devido a falta de leitos na UTI, aparecimento de infecções, necessidade de realização de cirurgias de emergência e entre outros

Diante deste fato, os pesquisados-cuidados relataram descontentamento diante do longo período de internação, do tempo ocioso e do afastamento das atividades laborais.

> É difícil não ter o que fazer, mas infelizmente estamos em um hospital e hospital é assim mesmo, triste. (PQ2)
>
> Aqui não tem muito que fazer, é só esperar para que tudo isso acabe logo. (PQ3)
>
> Às vezes eu fico angustiado, queria tá trabalhando, mas não posso. É ruim demais ficar sem nada pra fazer. (PQ6)
>
> Aqui é ruim quanto a isso, não tem o que fazer. Você passa tanto tempo sem fazer nada que só pensa besteira, coisa ruim. (PQ9)

Observa-se, nos relatos, a dificuldade em conseguir realizar atividades de lazer durante a internação hospitalar e, em muitos casos, os mesmos não a identificam como necessária, já que o hospital é um local de tristeza e doença.

Diante disto, percebe-se a necessidade de criar estratégias que permitam essas pessoas desenvolverem atividades visando a diminuir o ócio vivenciado no hospital. Para tanto, deve priorizar os esforços no planejamento e desenvolvimento

de atividades de lazer que pode minimizar os efeitos adversos do processo de hospitalização.

Segundo Nascimento *et al.* (2006), a intervenção operacionalizada com as atividades de lazer promovem mudanças no dia-a-dia das pessoas internadas, porque o lazer torna o ambiente mais acolhedor, permitindo uma interação entre pacientes, familiares e acompanhantes. Ainda, torna oportuno o preenchimento do tempo ocioso com brincadeiras e sorrisos, o que promove a saúde dos participantes, por meio da arte e da criatividade.

Watson (2005) diz que no modelo da ciência do cuidado, é preciso lembrar de que somos todos feitos de espírito, ligados a, e pertencentes ao infinito do cosmos e ao universo, antes de separarmo-nos como indivíduos. Assim, para cuidar do ser humano é preciso cuidar de suas necessidades universais, contemplando os campos físicos e pscoespirituais.

Assim, o enfermeiro deve incentivar a realização de atividades de lazer, mesmo durante a hospitalização, pois são consideradas fator condicionante da saúde física e psicoespiritual, favorecendo a adequação do estado de humor, estimulam os componentes de desempenho ocupacional (sensorial, cognitivo, motor e social) e podem promover redução da sensação de dor (MIRANDA *et al.,* 2010).

Para outros pesquisados-cuidados, as poucas atividade de lazer realizadas no ambiente hospitalar estão relacionadas a conversa como os acompanhantes, assistir televisão e realizar jogos. Tais atividades os ajudam a passar o tempo e a trazer um pouco de alegria:

> Aqui, a gente ficar conversando com os outros pacientes e com os acompanhantes, esse é o nosso lazer. (PQ1)
>
> Aqui meu único lazer é conversar com o colega vizinho e assistir um joguinho na televisão. (PQ5).
>
> Aqui a conversa rola solta, aqui todo mundo é muito alegre, a gente joga cartas, dominó, assiste TV. É bom o pessoal é animado. (PQ8)
>
> A gente sempre tem bingo, tem terapia ali, é bom. A gente tem palestras, é bom. Jogo um dominó pra passar mais o tempo. É assim aqui, converso com os colegas. Faço terapia ocupacional, tem dia que até coisas pra casa a gente faz. (PQ7)

De acordo com o exposto, alguns pesquisados-cuidados consideram o ambiente hospitalar um cenário propício ao desenvolvimento de atividades de lazer,

como artesanato, trabalhos manuais, confecção de artefatos, brincadeiras e dinâmicas de grupo. Tais atividades, mesmo sendo consideradas simples, são atrativas e possibilitam a integração de um maior número possível de pessoas que, com criatividade e brincadeiras, permitem a criação um ambiente descontraído e agradável.

No referente à outra necessidade, os pesquisados-cuidados também relataram dificuldade de conciliar sono e repouso. Antes da cirurgia os mesmos relacionaram essa dificuldade ao momento de medo e ansiedade à aproximação do procedimento cirúrgico.

> Não estou conseguindo dormir desde que eu cheguei aqui. Estou com medo, o dia tá chegando e eu não sei como vai ser. (PQ1)
>
> Dormir, consigo não. A adrenalina tá alta, fico todo tempo pensando na cirurgia. (PQ7)

Após a realização do procedimento cirúrgico, a dificuldade de conciliar sono e repouso também é mencionada na fala dos pesquisados-cuidados:

> Não consigo repousar aqui não, a gente não pode nem se mexer com esse bando de fios ligados. (PQ3)
>
> Quando você consegue dar um cochilo, vem uma delas [equipe de enfermagem] mexer em algum aparelho, aí eu acordo e não consigo dormir mais não.(PQ8)

Estas revelações permitem considerar a necessidade de um momento de cuidado, no qual a enfermeira identifica os fatores que prejudicam o sono, o repouso e a manutenção do conforto desse ser-cuidado.

Segundo Watson (2002), o momento de cuidado é aquele em que o eu da enfermeira se encontra e se une ao eu da pessoa cuidada passando a ser um só. Essa união provoca alterações permanentes na vida desses seres, sendo capaz de provocar uma unicidade mente-corpo-espírito. Somente por meio de um momento de cuidado a enfermeira será capaz de identificar problemas potenciais que estejam prejudicando o bem-estar do ser-cuidado. Dentre estes problemas se destaca a não conciliação do sono e repouso, o qual pode levar a um desequilíbrio físico e emocional.

Horta (1979) afirma que o sono e repouso constituem uma necessidade humana indispensável para o desenvolvimento saudável da pessoa, sendo

fundamental para que haja um bom desempenho nas atividades desenvolvidas por este. A dinamicidade das atividades realizadas pela equipe de enfermagem exige além do conhecimento científico, concentração e disposição para executá-las, para tanto é imprescindível que as mesmas sejam realizadas de forma cautelosa para não prejudicar o bem estar da pessoa de seu cuidado no suprimento de suas necessidades humanas básicas.

Em um estudo realizado com pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca, observou-se que a interrupção do sono constitui um fator estressante, pois ao não conseguir dormir, o corpo passar por um maior desgaste físico, fadiga e diminuição da motivação para interagir com o tratamento (GOIS; DANTAS, 2004).

Diante disto, confirma-se a importância de cuidado transpessoal, o qual é realizado no momento de cuidado, na operacionalização de intervenções/ações de enfermagem com o objetivo de minimizar o mal estar decorrente do não conseguir manter um bom sono e repouso perante as adversidades enfrentadas no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Já a dor aguda também apareceu como uma necessidade física a ser avaliada com atenção pelo enfermeiro. Nos discursos dos pesquisados-cuidados durante o seu pós-operatório, a dor é frequentemente mencionada como geradora de desconforto:

> É ruim, na hora de tirar as coisas, elas maltratam muito a gente. Para tirar os drenos doeu demais, quase não aguento, é muito sofrimento tá aqui [UTI pós-operatória].(PQ1)
>
> Dói tudo, eu quero ficar sentado, minhas costas estão queimando.(PQ10)
>
> Não aguento mais, estou com muita dor, meus peitos dói, minha garganta dói por conta daquele tubo.(PQ6)
>
> Tá complicado, não tem posição para melhorar a dor, é constante. (PQ4)

Sabe-se que é comum, depois da cirurgia, a pessoa apresentar dor no local da incisão cirúrgica, nos membros inferiores e no local de inserção dos drenos, contudo é de suma importância que a enfermeira monitore e execute procedimentos para o alívio dessa dor.

A dor proporciona alterações em todos os setores da vida da pessoa, uma vez que, com dor, é reduzida a movimentação, a respiração profunda e interrompido

o sono, além de provocar maior desgaste físico, acarretando em um aumento no período de hospitalização (MACHADO, 2008).

Segundo Duarte *et al*. (2012), o sintoma de dor repercute negativamente na evolução do paciente no pós-operatório, ocasionando prejuízos funcionais e orgânicos. As repercussões da dor no período PO devem ser identificadas mediante avaliação das queixas expostas pela pessoa, acompanhada da avaliação física para identificar as alterações biológicas, bem como comportamentos que se relacionam com a dor, como fácies de dor.

Diante do exposto, se faz necessária uma avaliação minuciosa da enfermeira, com o objetivo de identificar as reais necessidades de cuidado. Watson (2008), em seu nono *Clinical Process,* afirma que a enfermeira cuidadora deve ajudar o ser cuidado em suas necessidades básicas, de ordem inferior (biofísica), e superior (psicossociais e intrapessoais), com o intuito de potencializar o alinhamento da mente, corpo e espírito.

Outro aspecto relacionado à necessidade básica das pessoas no pós-operatório de cirurgia cardíaca foi a realização do banho e higiene. No qual os pesquisados-cuidados relatam grande constrangimento e desconforto.

> Não gosto de ser banhando por outras pessoas, fico com vergonha, é estranho, ruim(PQ2).
>
> Nunca me imaginei nessa situação, ser banhando por outra pessoa, é constrangendo.(PQ6)
>
> Fica pior quando é homem, fico com mais vergonha ainda. Só fiquei nua na frente do meu marido, de mais ninguém.(PQ1)

Observa-se que a realização do banho constitui um momento de sofrimento para alguns pesquisados-cuidados, já que eles sentiram o seu corpo violado ao ser exposto para pessoas desconhecidas e/ou quando do sexo oposto.

Portanto, é de suma necessidade que o enfermeiro desenvolva essa ação com compromisso, com intenção e com vontade de fazer deste um momento de cuidado transpessoal, buscando a transcendência do contexto físico, fazendo uma unicidade das partes que constitui o ser humano em toda sua divindade.

Segundo Cavalcanti e Coelho (2007), a realização do banho é algo muito íntimo o que proporciona, em muitos, certo desconforto, principalmente quando realizado por profissionais do sexo oposto. Diante de tal fato, quando possível e

necessário diante do desconforto da pessoa a ser banhada, os profissionais de enfermagem devem buscar estratégias de amenizar a situação de desconforto, mediante a solicitação de outro profissional do mesmo sexo da pessoa cuidada para realizar a atividade.

Sabe-se que o banho no leito é um momento importante para avaliar as condições de cuidado. Contudo, o enfermeiro deve ter sensibilidade para saber conduzir esse momento de exposição do ser, o qual deve ser priorizado a intimidade da pessoa, expondo-a no mínimo, minimizando-se a mobilização e manipulação.

5.1.9 Pesquisado-cuidado e a necessidade de reconhecer-se como ser em evolução

Somente nesta unidade foram apreendidas falas dos pesquisados-cuidados durante o seu transoperatório de cirurgia cardíaca. Como falado anteriormente, naquele momento de entrada no centro cirúrgico, a pesquisadora-cuidadora tinha o objetivo de se mostrar presente para qualquer necessidade que pudesse vim a surgir, mantendo e intensificando o vínculo com o ser-pesquisado e sua família, escutando-os de forma livre, sem a realização de perguntas.

Durante o período que antecede a realização da cirurgia cardíaca, os pesquisados-cuidados passam por momentos de grandes incertezas, causando angustia e sofrimento. Assim, surge nesse ambiente de dúvidas, a questão da morte como desfecho da vida humana:

> Quando descobri que tinha problema no coração, sabia que minha vida estava por um fio, a gente sabe que o coração é quem comanda o corpo, se ele está baqueado o negócio fica mais difícil. Não sei como vai ser, se eu vou viver depois dessa cirurgia.(PQ4)
>
> Dizem que lá [sala de cirurgia] depois que você fechar os olhos você não sente mais nada, o problema não é fecha, é abrir novamente. Fechar não é problema, toda noite você fecha, o problema é se você vai abrir de manhã. Não estou pronto para fechar meus olhos.(PQ6)
>
> A vida é muito incerta. Um dia você tá bem e no outro você tem um problema no coração, correndo risco de morte. Aí começa todo esse sofrimento, tem que se preparar para tudo, aqui pode ser seus últimos momentos. É ruim você viver nessa incerteza se vai sobreviver essa cirurgia.(PQ7)

Demonstra-se que falar explicitamente da morte é muito difícil, o que faz com que eles utilizem metáforas para expressar essa possibilidade. A aversão à morte é um sentimento intenso, que não permite falar nela naturalmente, como se ela não fosse um momento que faz parte da vida. O uso de frases que têm sentido figurativo para representá-la é muito comum.

Segundo Souza (2004), a pessoa com adoecimento cardiovascular encontra dificuldade de vivenciar o momento pré-operatório, que lhe parece sinônimo de morte. Esse fato é agravado pelo distanciamento em relação ao seu mundo, ou seja, sua casa, sua família e seus afazeres cotidianos. A morte, que parece remota enquanto se está no corre-corre diário, aqui se mostra possível e ameaçadora no ambiente hospitalar, causando temor, sendo encarada como um acontecimento terrível do qual não se tem domínio.

Observa-se que devido ao coração ser considerado um órgão vital, uma cardiopatia faz surgir questões relacionadas ao biônimo vida/morte, principalmente, quando a cirurgia cardíaca é a única alternativa de sobrevivência do corpo em adoecimento.

Desta forma, o tratamento cirúrgico cardíaco, além de ser um procedimento complexo, é percebido por muitos como um acontecimento que tanto pode servir de fluxo para sua existência como para aniquilá-la de uma só vez (SOUZA, 2004).

Diante do exposto, se faz necessário que o enfermeiro esteja capacitado para considerar e para transmitir a morte como uma experiência presente na vida, e de que na mente racional e na ciência moderna não existem todas as respostas para a vida e a morte e todas as condições humanas que são enfrentadas. Assim, deve-se estar abertos as indefinições que não se pode controlar, permitindo até mesmo o que pode se considerar um ‘milagre’ para a vida, décimo *Clinical Process* (WATSON, 2008).

Contudo, para que isso seja possível, é importante que a enfermeira se reconheça como um ser em evolução, despertando em si mesmo o cuidado transpessoal como forma de compreender-se e auxiliar-se, aceitando a sacralidade do ser e do cuidado e as relações com o cosmos e o divino. Assim, é importante responder aos seus próprios questionamentos e aceitar suas limitações, bem como

a complexidade dos seres e do universo com seus mistérios sem respostas (MATHIAS, 2007).

O cuidado transpessoal, entendido nesta dimensão, “possibilita um melhor conhecimento de si para melhor conhecer o outro, promove a ampliação da capacidade de reestruturação.” (FAVERO *et al*., 2009, p. 217). O cuidado que engloba e valoriza o trinômio corpo-mente- espírito é capaz de mudar o foco do cuidado, passando do foco da cura para o de reconstituição e amor.

Portanto, a enfermeira que cuida de pessoas no perioperatório de cirurgia cardíaca deve estar consciente da intencionalidade, da autenticidade e da sinceridade, mediante o uso do *self*, ao realizar suas ações para apoiar e dar suporte ao ser de seu cuidado diante das incertezas da vida.

Já no transoperatório, o medo da morte se faz mais presente, fazendo que os pesquisados-cuidados vejam a morte como uma possibilidade, uma dimensão naturalmente finita, que acontecerá num tempo determinado e próximo.

> Estou entrando aqui, mas não sei se vou sair. (PQ3)
>
> Só não quero morrer na mesa de cirurgia. (PQ5)
>
> A verdade é que quero sair daqui vivo, bem. (PQ9)
>
> A impressão que tenho é que vou levar a anestesia e não vou mais acordar. (PQ7)

De acordo com os depoimentos apreendidos, observam-se as incertezas da vida em campo terrestre. Mesmo que o ato de morrer tenha um significado pessoal e único, de certa forma, o sujeito assume a sua condição e passa a ver a sua morte como o fim de tudo.

Diante do exposto, é importante que a enfermeira que cuida de forma transpessoal estimule uma forma de sustentação do ser, na esperança de que apesar de nem sempre ser alcançada a cura do corpo, ainda persistir uma razão para crer em uma força maior, capaz de curar a ferida aberta na alma resultante da dor da perda, trazer de volta a expectativa de algo além da dimensão terrestre, dando atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte (WATSON, 2008).

Também se faz necessário a enfermeira repensar a sua própria finitude e a leitura que faz da morte como um acontecimento inerente à própria vida. Pois, o

profissional capacitado ao desenvolvimento dessa consciência de cuidado encontra-se comprometido em experiências pessoais de práticas espirituais sendo reconhecedor de suas próprias limitações, estando assim, preparado para promover em si e no outro, a abertura para os mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte (MATHIAS, 2007).

Assim, é importante que o cuidado dirigido ao ser que está no perioperatório de cirurgia-cardíaca vá além da assistência física. Cabe ao enfermeiro compreender esse ser como um ser único, em uma perspectiva que atinja níveis mais elevados do cuidado humano, o qual propicie a transcendência do mundo material no relacionamento entre ser-cuidador e ser-cuidado, possibilitando o contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, abrindo o seu interior e o do outro, para a criação de uma relação transpessoal genuína.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta investigação contribuem para a compreensão de como a pessoa que realiza o procedimento de cirurgia cardíaca vivencia esse momento e como o cuidado da enfermeira que utiliza o processo Clinical Caritas, proposto por Jean Watson, pode promover melhorias da qualidade de vida desse ser.

Ao descrever a vivência do ser-cardiopata no processo de realização da cirurgia cardíaca durante o perioperatório, utilizando como referencial teórico a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual sustentou e norteou o desenvolvimento desta investigação, foi possível atender aos objetivos propostos, visto que foi exequível conhecer a contribuição deste referencial para o cuidado de enfermagem dirigido a esta população, identificar as necessidades de cuidado e implementar os cuidados clínicos de enfermagem, fundamentados pelo processo *Clinical Caritas.*

A utilização do método de pesquisa-cuidado foi importante para o desenvolvimento da investigação, pois possibilitou a realização de cuidados de enfermagem fundamentados pelo processo *Clinical Caritas* de Watson, proporcionando ao ser-pesquisado ser foco central da interação.

Com isso, a utilização da pesquisa-cuidado, juntamente com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, possibilitou a valorização da subjetividade do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca ao promover momentos de cuidados, nos quais foram possíveis a identificação deste ser como sujeito da convergência de todos os cuidados da enfermeira, buscando a integralidade de corpo, mente e espírito.

Durante o perioperatório de cirurgia cardíaca os pesquisados-cuidados apresentaram dificuldades em serem cuidados por outras pessoas, mesmo sendo estas profissionais da saúde, pois, em muitos casos, se viam expostos e incapacitados de realizarem os próprios cuidados que antes eram de sua responsabilidade. Contudo, em outros casos foram observados sentimentos positivos, pois os cuidados recebidos eram relacionados à valorização do seu ser.

Já a crença em um ser divino possibilitou aos pesquisados-cuidados a esperança de uma recuperação rápida e de um retorno para o ceio familiar e para as

atividades laborais. A fé e a religiosidade amparam esses seres e os permitem sonhar com dias melhores. Diante disto, é importante que a enfermeira utilize de sua subjetividade e crenças para incentivar a utilização da religiosidade como forma de apoiar esses serem no momento de dificuldade, respeitando o sistema de crenças, cultura e o mundo de vida subjetivo de cada um, sem análises ou julgamentos.

Assim, na perspectiva dos pesquisados-cuidados, a qualidade do cuidado de enfermagem está relacionada à entrega da enfermeira em realizar o cuidado genuíno, sendo este considerado bom quando é dirigido com intencionalidade, amor e carinho. O ouvir e o conversar são relacionados como ações que diferenciam o cuidado prestado. Isto demonstra que ao desenvolver o cuidado, a enfermeira deve desenvolver e sustentar uma autêntica relação de cuidado, ajuda e confiança.

No decorrer do estudo, foi possível observar que a realização do procedimento cirúrgico acarretou sentimentos negativos e positivos, desde ansiedade e medo para que tudo terminasse logo e bem, até felicidade, já que alegavam que muitos outros não tiveram esta oportunidade.

Já com relação ao ambiente de internação, os pesquisados-cuidados relataram apresentar dificuldade em se adaptar a nova realidade, pois consideram que a hospitalização trouxe grandes dificuldades para sua família, já que a maioria dos participantes foram homens, e os mesmos eram responsáveis pelo sustento familiar. Contudo, a internação também foi vista como uma possibilidade de melhor cuidar de si, melhorando seus ambitos alimentares e estilo de vida.

O ambiente hospitalar também foi visto como um local pouco acolhedor, posto que para os pesquisados-cuidados o foco da atenção estava nos equipamentos, nos procedimentos e na doença, deixando desta forma a pessoa em segundo plano. Tais atitudes prejudicavam a construção de um ambiente de *healing* necessário para um boa qualidade de vida desse ser.

Acrescentou-se, ainda, que diante do longo período de internação, alguns pesquisados-cuidados apresentaram dificuldade em realizar atividades de lazer, o que propiciava momentos de grande ociosidade. O sono e o repouso também foram prejudicados diante da necessidade de hospitalização, os quais, na maioria das vezes, estavam relacionados ao medo, no pré-operatório, e a presença da dor no pós-operatório.

Nesta investigação, foi possível apreender que os pesquisados-cuidados apresentam dificuldade em conseguir informações ou compreender as informações que lhe eram repassadas sobre a doença, a cirurgia e os procedimentos realizados no pós-operatório, o que dificultava o processo de *healing.*

A investigação trouxe benefícios para o campo de prática e para instigar a reflexão da enfermeira quanto às condutas tomadas no serviço, como cuidadora do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca, valorizando o cuidado transpessoal que busca a individualidade do ser, em uma interação genuína entre ser que cuida e ser que é cuidado.

Torna-se, no entanto, relevante a realização de outros estudos acerca do cuidado de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca como resultado da prática clínica da enfermeira, em especial aqueles que envolvam a subjetividade deste ser. Sugere-se, portanto, que sejam realizadas pesquisas que busquem a utilização dos elementos do processo *clinical caritas* no momento de cuidado a fim de atingir o cuidado transpessoal, promovendo uma conexão com o ser cuidado, o que possibilitará o encontro no momento de união dos seres.

Esta investigação apresentou algumas limitações, como por exemplo, o número reduzido de pessoas e o curto espaço de tempo para a coleta de dados, a não permanência constante da pesquisadora junto aos pesquisados-cuidados, levando a crer que houve perda de contato entre um encontro e outro. Já que, naqueles períodos ocorreram situações que requereriam implementações de cuidados transpessoal de enfermagem por parte da pesquisadora-cuidadora. Registre-se, ainda, não ter sido possível acompanhar a transferência de todos os pesquisados-cuidados no retorno para enfermaria após alta da UTI pós-operatória.

Por fim, ao utilizar o processo *Clinical Caritas* de Jean Watson no cuidado ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca foi possível compreender a importância de um cuidado transpessoal para expansão dos cuidados da enfermeira, permitindo-a olhar o ser de seu cuidado de forma multidimensional, no qual existe uma união entre corpo-mente-espírito, na tentativa de junto com o outro promover a reconstituição das suas vidas.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, M.A. et al . Incidência e caraterísticas sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia. **Rev. Enf. Ref.** v.3, n. 5, dez. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2010.

BERGVIK, S.; SORLIE, T.; WYNN, R. Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work**. British Journal of Health Psychology**, v.17, n.3, 2012.

BIANCHI, E.R.F.; CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. **Rev. Paul. Enf.** v.3, n.5, p.161-65, 2005.

BRANDALIZE, D. L.; ZAGONEL, I. P. S. Um marco conceitual para o cuidado ao familiar da criança com cardiopatia congênita à luz da Teoria de Roy. **Cogitare Enferm**. v.11,n.3,p.264-70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_466.htm. Acesso em: 10 fev. 2014.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v, 65, n.1, p.97-103, 2012.

CALLEGARO, G.D.; KOERICH, C.; LANZOI, G.M.M.; BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. **Rev Gaúcha Enferm**. v.33, n.4, p.149-156, 2012.

CAMPONOGARA, S.; SOARES, S.G.A.; VIERO, C.M.; BARROS, C.S.; CIELO, C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. . **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.3, p.382-390, 2012.

CARNEIRO, G.A. **Lesões de pele no intra-operatório de cirurgia cardíaca: incidência, caracterização e fatores de risco.** 2009, 102f. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

CAVALCANTI, A.C.D. **Maneiras de Cuidar em Cirurgia Cardíaca:** as reações ao cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007

CAVALCANTI, A.C.D.; COELHO, M.J. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.11, n.2, 2007.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2001.

CHISTÓFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 1, p.14-22, 2008.

DUARTE, S.C.M.; STIPP, M.A.C.; MESQUITA, M.G.R.; SILVA, M.M. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.16, n.4, p.657-665, 2012.

ERDMANN, A.L.; LANZONI, G.M.M.; CALLEGARO, G.D.; BAGGIO, M.A.; KOERICH,C. Compreendendo o processo de viver significado por pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.21, n.1, [08 telas], 2013.

FARIA FILHO, G.S.; CAIXETA, L.R.; STIVAL, M.M.; LOMA, L.R. Dor aguda: julgamento clínico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.3, p.400-409, 2012.

FAVERO, L. **A vivência da enfermeira domiciliar no cuidado transpessoal a familiares de neonato egresso de unidade de terapia intensiva.** 2009. 119 f.Dissertação(Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

FAVERO, L.; MAZZA, V.A.; LACERDA, M.R. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.4, 2012.

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L.M.F.; LACERDA, M.R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Rev Esc Enferm USP.** v.47, n.2, p. 500-5, 2013.

FERREIRA, A. C.O.S. **O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios?** 2010. 193f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 2010.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L. A. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.6, p.800-4, 2002.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; NOBRE, L. F.; IGNÁCIO, D. S. Diagnósticos de Enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.11, n.2, p.199-206, 2003 março-abril.

GASPERI, P.; RADUNZ, V.; PRADO, M.L. procurando reeducar hábitos e costumes – o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. **Cogitare Enferm**, v.11, n.3,p.252-7, 2006.

GOIS, C.F.L.; DANTAS, R.A.S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 12, n.1, p. 22-7, 2004.

GONÇALVES, R.M.D.A.; PEREIRA, M.E.R.; PEDROSA, L.A.K.; SILVA, Q.C.G.; ABREU, R.M.D. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca**. Cienc Cuid Saude** v.10, n.1, p.27-34, 2011.

HOSPITAL DE MESSEJANA. **Institucional**. Disponível em: http://www.hm.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=189&Itemid=292. Acesso em: 22 de nov. 2011.

HORTA, W.A. **A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos.** São Paulo, 1968, 60 f. Tese (Livre Docência apresentada à Cadeira de Fundamentos de Enfermagem I) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1968.

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

LACERDA, M. R. et al. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da Enfermagem: semelhanças e peculiaridades**. Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.3, p.843-8, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm. Acesso em 05/05/2012.

LEON, M.D. **Ansiedade e medo no pré-operatório de cirurgia cardíaca: intervenção de Enfermagem na abordagem psicossocial.** 2007. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

LELOUP, J.Y.; HENNEZEL, M. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 6. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2003.

LIMA, F. E. T.; ARAUJO, T. L. Prática do autocuidado essencial após a revascularização do miocárdio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.28,n.2. p. 223-32, 2007.

LIRA, A.L.B.C.; ARAÚJO, W.M.; SOUZA, N.T.C.; FRAZÃO, C.M.F.Q.; MEDEIROS, A.B.A. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca**. Rev Rene.** v.13, n.5, p.1171-81, 2012.

MACHADO, S.C. **Metodologia da assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso**. 2008. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

MAFETONI, R.R.; HIGA, R.; BELLINI, N.R. Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. **Rev Rene**,v.12, n.4, p.859-65,2011.

MATHIAS, J.J.S. **Cuidado transpessoal de enfermagem ao familiar cuidador da criança com neoplasia: um marco referencial**. Curitiba, 2007. 121 f. Dissertação(Mestrado em enfermagem), Universidade Federal do Paraná.

MEDEIROS, V.C.C.; PENICHE, A.C.G. A influencia da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da escola USP**. v.40, n.1, p.86-92, 2006

MELO, H.C.; ARAÚJO, S.E.G.; SANTOS, V.E.F.A.; VERÍSSIMO, A.V.R.; ALVES, E.R.P.; SOUZA, M.H.N. Cuidado à criança no pós-operatório cardíaco

Esc Anna Nery (impr.) v.16, n.3, p.473-479, 2012.

MIRANDA, F.A.; SILVA, L.F.; CAETANO, J.A.; SOUSA, P.C.A. Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca* **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.2, p.327-33, 2011.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L.Cuidado Transpessoal de Enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev Enferm. UERJ**. v.14, n. 3, 2007.

NESBITT, J.C.; DEPPEN, S.; CORCORAN, R.; COGDILL, S.; HUCKABAY, S.; MCKNIGHT, D.; OSBORNE, B.F.; WERKING, K.; GARDNER, M.; PERRIGO, L. Postoperative ambulation in thoracic surgery patients: standard versus modern ambulation. **Critical Care Nurses**, v.17, n.3, p.130-38, 2012.

NEVES, E.P.; ZAGONEL, I.P.S.; Pesquisa-cuidado: uma abordagem metodológica que integra pesquisa, teoria e prática em Enfermagem. Cogitare Enferm, v.11, n.1, p. 73-79, 2006.

NOBRE, T.T.X.; REIS, L.A.;TORRES, G.V.; ALCHIERI, J.C. Aspectos da personalidade e sua influencia na percepção da dor aguda em pacientes

submetidos a cirurgia cardíaca. **J Bras Psiquiatr**. v. 60, n.2, p.86-90, 2011.

PESSOA, S. M. F.; PAGLIUCA, L. M. F. ; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional**. R. Enferm. UERJ**, v.14, n.3, p.87-92, Rio de Janeiro, 2006 jul/set.

PIVOTO, F.L. et al . Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 5, 2010 .

PONTE, K.M.A.; ARAGÃO, A.E.A.; MARQUES**, M.B.;** FERREIRA, A.G.N.; VASCONCELOS, M.A.; SILVA**, M.A.M.** Controle pressórico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. Rene. v. 11, n. 4, p. 118-126, out./dez.2010.**

RABELO, A.C.S. Compreensão de mães acerca do cuidado de Enfermagem na hospitalização de crianças com cardiopatias. 2011.83f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2011.

RABELO, A.C.S.; SILVA, L. F.; SILVA, F.V.F. Cuidados de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. In: 64° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 64, 2012,Porto Alegre. **Anais...**Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2012, p.1722-26.

RIBEIRO, J.A. **O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca:** as percepções da pessoa que recebe reflexoterapia. 2009. 91p.Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RIBEIRO, S. B.; CAETANO, J. A. PENAFORTE, K. Cirurgias cardíacas: levantamento em uma UTI - pós operatório pediátrica. In: 61° CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. **Anais...**Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009, p.1813-15.

ROCHA, D. L. B.; ZAGONEL, I. P. S. Modelo de cuidado transicional à mãe da criança com cardiopatia congênita**. Acta Paul. Enferm,** v. 22, n.3, p.243-9, 2009.

ROCHA, L. A.; MAIA, T. F.; SILVA, L. F. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm**. v.59, n.3, p.321-6, 2006.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto Contexto Enferm,** v.17, n.2, p.280-7, Florianópolis, 2008.

SILVA, M.A.S.; PIMENTA, C.A.M.; CRUZ, D.A.L.M. **Treinamento e avaliação sistematizada da dor: impacto no controle da dor do pós-operatório de cirurgia cardíaca*Rev Esc Enferm USP.** v.47, n.1, p..84-92, 2013.

SOUZA, R.H.S. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PADILHA, M.I.C.S.; PRADO, M.L. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto&Contexto Enferm**. v.14, n.2, p.266-70, 2005.

SOUZA, S. R. O.S.; CHAVES, S. R. F.; SILVA, C. A. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos**. Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n.5, p.609-13, 2006.

TORRATI, F.G.; DANTAS, R.A.S. Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**. v. 25,n.3. p.340-5,2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ/PPCLIS. **Regimento do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos da UECE.** Fortaleza, 2011.

VIEIRA, A. B. D.; ALVES, E. D.; KAMADA, I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de Auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto contexto – enferm**, v.16, n. 1, p. 15-25, mar. 2007.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** v.16, n.1, 2008.

WATSON J. **Nursing:** human science and human care. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.

WATSON J. **Caring science as sacred science**. Philadelphia: FA Davis; 2005.

WATSON J. Watson's theory of human caring and Subjective Living Experiences: carative factors**. Texto Contexto Enferm**. v.16, n.1, p.129-35, 2007.

WATSON J. **The philosophy and science of caring.** Philadelphia: FA Davis; 2008.

WERLANG, S. C.; AZZOLIN, K.; MORAES, M.A.; SOUZA, E.N. Comunicação não verbal do paciente submetido à cirurgia cardíaca: do acordar da anestesia à extubação. **Rev Gaúcha Enferm**.v.29, n.4,p.551-6, 2008.

WOTTRICH , S.H. **Manifestos do coração**: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos. Santa Maria, 2011, 171f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando a V. Sa. a participar do estudo intitulado **CUIDADO CLÍNICO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DIRIGIDO AO SER-CARDIOPATA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA** de autoria de Ana Cleide Silva Rabelo, sob orientação da pesquisadora Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva. Com o mesmo, pretende-se analisar a contribuição do cuidado clínico de Enfermagem, mediado pela Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, para proporcionar conforto ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca; conhecer as necessidades de conforto do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca, utilizando a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e implementar estratégias de cuidado clínico de Enfermagem para o conforto do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca utilizando o processo *clinical caritas* proposto por Jean Watson.

O (A) senhor(a) terá plena liberdade para aceitar ou não o convite para participar, assim como, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento sem nenhum prejuízo moral, físico ou social. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com a pesquisadora e nem prejuízo para atendimentos neste serviço. Sua participação será durante sua internação para a realização da cirurgia cardíaca permitindo que a pesquisadora examine seu corpo e tenha um diálogo sobre as principais ações que lhe cause bem-estar. Sua participação não é obrigatória.

Os riscos do estudo serão mínimos e se ocorrer algum desconforto ou mal estar a pesquisadora estará atenta para minimizá-lo ou resolvê-lo. Quanto aos benefícios garantimos que o estudo contribuirá para que a Enfermagem possa ajudar o paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca a vencer as barreiras impostas pela cirurgia por meio de um melhor cuidado de enfermagem.

Sua privacidade e a proteção de sua imagem estarão garantidas e sempre que as informações prestadas forem utilizadas, será mantido sigilo de sua identidade. Sua participação é voluntária, portanto, o(a) senhor(a) não receberá remuneração, assim como não terá nenhum gasto com o estudo.

Mais uma vez, garantimos manter em sigilo sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo.Os dados coletados serão usados para os fins deste estudo, mas também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá entrar em contato com a mestranda Ana Cleide Silva Rabelo, fone (85) 3067-0124, com a orientadora deste estudo, Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva, fone (85)3101-9798, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE, fone (85)3101-9890. Av. Parajana, Campus do Itaperi. Fortaleza- Ceará, ou com o comitê de ética do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, fone (85) 3101-7845.

Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador

_____

Ana Cleide Silva Rabelo
(pesquisadora)

Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, como será minha participação, os objetivos e as garantias éticas, concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de_____

_____ _____

Ana Cleide Silva Rabelo Assinatura ou Digital do Pesquisado

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados no PRÉ-OPERATÓRIO

I) Caracterização dos sujeitos

Inicias do nome: _____Idade:_____ Data da entrevista:_____

Sexo:( )M ( )F Etnia: ( ) branca ( ) negra ( )parda ( )amarela

Estado civil: ( )casado ( )solteiro ( )viúvo ( )amarelado ( ) outros_____Nível escolar:_____ Ocupação:_____ renda familiar:_____

Religião:_____ Procedência:_____ Filhos:_____

II) História Clínica

Diagnóstico médico pré-operatório:_____Data da admissão:_____

História da doença atual:_____

Avaliação do estado geral na admissão:_____

Doenças prévias:_____

Cirurgia remarcada:_____Presença de dor _____

III) Identificação das Necessidades do Ser Pesquisado-Cuidado no pré-operatório

1. Como é para o (a) senhor (a) ser cuidado, tanto por si como pelos outros?

2. Como é a sua relação com Deus nesse momento de sua vida?

3. O (A) senhor (a) tem confiança no cuidado de enfermagem dirigido a você?

4. Quais os seus sentimentos, positivos e negativos, diante a realização do procedimento cirúrgico?

5. Como a sua vida está após descobrir que tinha que fazer uma cirurgia cardíaca?

6.Como o (a) senhor (a) se sente com relação ao apoio familiar? Quem é a pessoa que mais te apoia?

7. Qual o seu conhecimento sobre a sua doença e a cirurgia que vai ser realizada?

8. Como o (a) senhor (a) vê o ambiente no qual está internado? Quais os aspectos positivos e negativos?

9. Quais são as suas atividades de lazer?

10. O que eu posso fazer para que você se sinta confortável?

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados no TRANSOPERATÓRIO

I) Identificação do procedimento cirúrgico

Cirurgia realizada:_____ Data da cirurgia_____

Tipo de anestesia utilizada:_____ Tempo de jejum: _____

Tempo do procedimento anestésico-cirúrgico:_____

Punção de CVC:_____ Entubação:_____ Punção arterial:_____

Drenos: sim( ) não ( ) Se sim, localização_____

Sondagem vesical:_____ Sondagem enteral:_____

Intercorrências:_____
_____
_____

Observações:_____
_____
_____

II)Identificação das Necessidades do Ser Pesquisado-Cuidado no transoperatório

1. O que eu posso fazer para que você se sinta confortável?

APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados no PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO E TARDIO

Admissão na UTI-PÓS: _____h

Sinais Vitais: FC____FR ____ T ____ SAT_____ PA____PAI_____PVC_____

Número de incisões: _____Localização_____

Data da retirada dos drenos:_____Intercorrência_____

Data da retirada do tubo endotraqueal:_____Intercorrência_____

Intercorrências:_____
_____
_____

Observações:_____
_____
_____

II)Identificação das Necessidades do Ser Pesquisado-Cuidado no pós-operatório

1. O senhor está conseguindo se comunicar?

2. Como o (a) senhor (a) se sente estando em uma UTI, com todos esses aparelhos?

3. Como o (a) senhor (a) se sente tendo outras pessoas cuidado de suas necessidades?

4. O (A) senhor (a) tem confiança no cuidado de enfermagem dirigido a você?

5. O que eu posso fazer para que você se sinta confortável?

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO CLÍNICO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DIRIGIDO AO SER-CARDIOPATA NO PERIOPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Pesquisador: ANA CLEIDE SILVA RABELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12343213.3.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 232.471

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado Cuidado clínico transpessoal de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca é um estudo do tipo pesquisa-cuidado com análise qualitativa dos dados. Será desenvolvido no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em Fortaleza-CE. A amostra está estimada em 10 pacientes em todo o período perioperatório de cirurgia cardíaca, internados em unidades de internação, posto interessar a saturação empírica dos dados. Serão incluídos no estudo pacientes com idade entre 18 e 60 anos que tenha adoecimento cardíaco e , com agendamento eletivo pela primeira vez para cirurgia cardíaca, e serão excluídos: pacientes com agendamento cirúrgico para segunda cirurgia, mas com déficits neurológicos. Serão descontinuados pacientes que venham a apresentar déficit neurológico no período pós-operatório, ou que venham a óbito durante a realização do estudo. A coleta dos dados está prevista para o período de abril a junho de 2013 conforme cronograma e será feita por meio de entrevista semiestruturada gravada que ocorrerá em quatro momentos. A organização dos dados será feita conforme a análise de conteúdo temática proposta por Bardin. A interpretação dos resultados se fundamentará na Teoria Transpessoal de Jean Watson.

Apresenta orçamento no valor de R$ 1.918,00, cujo desembolso será de responsabilidade da autora.

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 00.000-000
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9603 **E-mail:** diana@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a contribuição da Teoria do Cuidado Transpessoal para o cuidado clínico de enfermagem dirigido ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Objetivo Secundário:

-Identificar, com base na teoria, as necessidades de cuidado clínico de enfermagem do ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca;

-Verificar os resultados da implementação de cuidados clínicos de enfermagem, fundamentados pelo processo clinical caritas proposto, dirigidos ao ser-cardiopata no perioperatório de cirurgia cardíaca.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Existe possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual ou espiritual do ser humano (participantes do estudo), em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente, contudo as providências serão tomadas para minimizá-los.

Benefícios

O estudo possibilitará ao enfermeiro que trabalha em Cardiologia melhor compreender a experiência do ser-cardiopata no processo de realização de cirurgia cardíaca, alcançando dessa forma, uma melhor qualidade no cuidado clínico de Enfermagem dirigido a esta população durante todo o seu perioperatório de cirurgia cardíaca.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa está bem estruturado, a metodologia é adequada ao problema em estudo e os objetivos poderão ser alcançados por meio da metodologia proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto preenchida adequadamente.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está em forma de convite, linguagem adequada aos participantes, traz descritos os riscos e como os mesmos serão contornados, a garantia de sigilo de identidade está explicitada, assim como aponta os benefícios do estudo para os pesquisados. Está escrito em uma lauda atendendo o que preconiza a Resolução 196/96. Traz Declaração de Anuência da instituição co-participante e a folha de rosto devidamente preenchidas e assinadas.

Recomendações:

Ao término do estudo, enviar relatório ao CEP-UECE.

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 00.000-000
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9603 **E-mail:** diana@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O tema do estudo é relevante, poderá trazer retorno aos sujeitos e o protocolo de pesquisa respeita aos preceitos éticos recomendados pela Resolução 196/96 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo de pesquisa segue os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos.

FORTALEZA, 28 de Março de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 00.000-000
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9603 **E-mail:** diana@uece.br