

THAÍS VASCONSELOS AMORIM

**OS SENTIDOS DO SER-AÍ-MULHER-APÓS-UMA-
CIRURGIA-CARDÍACA SUSTENTADOS EM HEIDEGGER: IMPLICAÇÕES
PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria Oliveira Salimena

JUIZ DE FORA
2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Amorim, Thaís Vasconcelos.

OS SENTIDOS DO SER-AÍ-MULHER-APÓS-UMA- CIRURGIA-CARDÍACA SUSTENTADOS EM HEIDEGGER : IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM / Thaís Vasconcelos Amorim. -- 2013.

88 f.

Orientadora: Anna Maria de Oliveira Salimena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Cirurgia Torácica. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Fenomenologia. I. de Oliveira Salimena, Anna Maria, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ENFERMAGEM
TEL. (32) 21023297 - EMAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação: “Os sentidos do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca sustentados em Heidegger”

Nome do aluno: Thaís Vasconcelos Amorim

ORIENTADORA: Anna Maria de Oliveira Salimena

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 22 de fevereiro de 2013

Profª Drª Ívis Emília de Oliveira Souza

Profª Drª Maria Carmen Simões Cardoso de Melo

Profª Drª Lúcia de Fátima da Silva

Profª Drª Anna Maria de Oliveira Salimena

Dedico esta dissertação aos meus familiares que me apoiaram em cada passo, cada um a seu modo. Em minha compreensão, são indissociáveis e constituem-se pelo fundante: Ana-Amorim-Luciana-Weber-João Vitor

AGRADECIMENTOS

À Deus, pai de infinito amor que me auxilia constantemente em meus projetos. Agradeço por esta existência, pela capacidade cognitiva, pela saúde física e por tudo e todos que me circundam.

À Jesus, modelo e guia da humanidade, por me oferecer através de seus ensinamentos material prático para o enfrentamento dos desafios diários.

Ao meu mentor espiritual, anjo guardião que vela por mim e que sinto presente em todos os momentos de minha vida.

À Mateus Fernandes Fraga e a toda a equipe de bons espíritos da Fundação Espírita Allan Kardec, pelas oportunidades de trabalho no bem e compreensão da finalidade da vida através dos estudos da doutrina espírita. Estas bases me sustentam nas demais atividades no plano físico desta reencarnação.

Aos meus pais, João de Amorim e Ana Cristina de Vasconcelos Amorim (in memoriam), pelos ensinamentos de disciplina e responsabilidade ao assumir compromissos. Pelos valores de respeito, ética e dignidade ao ser humano. Mãe, este título também é seu!

Ao meu querido Weber, pelo exemplo admirável de estudo, pesquisa e ciência em sua trajetória profissional. Obrigada marido-amigo-irmão pela sua compreensão e auxílio constantes. Te amo com toda a força do mais puro sentimento que existe em mim.

Ao João Vitor, alma que Deus oportunizou em nova convivência e que suportou tão maduramente as negativas de presença materna nestes quase dois anos.

À Luciana, minha irmã e mãe da sobrinha mais linda que alguém pode ter. Obrigada pelos momentos felizes.

À professora Anna Maria, por ter aceitado a minha inquietação e feito dela também a sua, caminhando comigo lado a lado. Muito mais que orientadora, foi uma verdadeira companheira e amiga, pois somente estas passam madrugadas lendo os nossos escritos para nos ajudar.

À professora Ívis Emília, pelo exemplo de humildade, solidariedade e disponibilidade constantes do conhecimento da fenomenologia heideggeriana. Quem sabe o que o futuro nos reserva, não é mesmo, vó-acadêmica?!

À professora Maria Carmen, Lucia de Fátima e Zuleyce, a minha gratidão pelas honrosas contribuições no caminhar literário, profissional e pessoal.

Aos professores do Programa de Pós Graduação do Mestrado em Enfermagem da UFJF, pelas disciplinas, trabalhos desenvolvidos e crescimento propiciado.

Aos colegas de turma, obrigada pelos momentos em que foi possível reviver o ser-estudante novamente.

À professora Ângela, precursora da minha aproximação com a seleção de mestrado. O apoio constante, o empréstimo de livros e dissertações foram fundamentais para o meu ingresso. Obrigada sempre!

Às depoentes, flores deste jardim-dissertação. Obrigada pela confiança, por me receberem em suas casas e por me contarem sobre seus sentimentos.

Aos doutores Antonio Augusto Mota e Antonio Augusto Miana que com sua competência e dedicação, volveram meu olhar técnico e apaixonado para a cirurgia cardíaca.

Aos doutores João Batista Loures e Antonio Jose Muniz por inserirem-me em pesquisas clínicas lembrando-me da responsabilidade científica dos profissionais de saúde.

Às empresas Hospital Albert Sabin, Sabincor, Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Hospital do Coração e Hospital Dr João Felício por permitirem o meu ingresso e permanência a fim de construir o saber-fazer enfermagem.

Às amigas incentivadoras Kattia, Renata Faria e Alessandra e demais colegas enfermeiros do Hospital Dr João Felício da gestão 2009-2011.

À Jorbênia, que tão bem soube secretariar e me auxiliar em diversos momentos acadêmicos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro desta pesquisa com a concessão de bolsa.

RESUMO

A partir da vivência do cuidado de enfermagem direcionado às mulheres em perioperatório cardiológico, emergiram inquietações acerca do ente após a cirurgia cardíaca, momento que se mostra lacunar no que concerne ao estudo das subjetividades que o permeiam e à atuação do enfermeiro na promoção, proteção e recuperação da saúde. Objetivou-se desvelar os sentidos do *dasein* neste dia a dia, a fim de contribuir para a reflexão acerca da integralidade da atenção à saúde do ser que volta para casa. Elegeu-se como método de pesquisa a abordagem qualitativa ancorada na Fenomenologia de Martin Heidegger. O cenário constituiu-se de uma Instituição Hospitalar de médio porte da Zona da Mata Mineira e os sujeitos foram dez mulheres submetidas à cirurgia cardíaca. A entrevista fenomenológica teve como questão norteadora: Como está sendo o seu dia a dia após a cirurgia? Buscou-se nos depoimentos as estruturas essenciais. Estas originaram as Unidades de Significados: Sensações físicas e problemas de saúde estão presentes; Sentem-se inúteis e limitadas ao depender de outros; Em determinados momentos, a ajuda que receberam foi essencial; Apresentam-se emotivas, assustadas, temendo a morte e buscando fé em Deus; Desejam que as consultas médicas as liberem para as atividades do dia a dia. A compreensão vaga e mediana culminou com o fio condutor, que por sua vez, originou o conceito de ser em direção à análise interpretativa. A hermenêutica desvelou um novo modo de ser-cardíaca desconhecido anteriormente pela mulher, anunciando-a no impessoal lançada na *publicidade*. Nesta vivência, deixa-se dominar pela cotidianidade sendo no falatório, na curiosidade e na ambiguidade. Experimenta a decadência a partir da angústia imprópria. Revela o temor da própria morte e da de seus familiares, desvelando o pavor, o terror e o horror. Na ocupação do cuidado à mulher os profissionais de saúde mostram-se inautênticos nos diversos cenários do Sistema de Saúde. É o profissional médico que participa de seus constantes retornos, atentando-se aos aspectos biologicistas, insuficientes para promover a melhora das questões subjetivas que permeiam o cotidiano da paciente. Esta pesquisa aponta a carência de comportamento atitudinal do enfermeiro que tem a possibilidade de atuar em diferentes cenários e possui na sua formação e experiência diárias, ferramentas capazes de trazer visibilidade às suas ações. Dentre elas destacam-se o processo de enfermagem, as teorias que devem alicerçá-lo e resoluções legais que respaldam

suas condutas. Vislumbra-se, portanto, a aplicação de metodologias do cuidar embasadas em teorias interacionistas e humanísticas. Neste sentido, a fenomenologia Heideggeriana apresenta considerável aproximação, uma vez que baliza o profissional ao encontro do Ser, movimentando-se da esfera ôntica à ontológica, resgatando o cuidado-com o paciente a partir de suas múltiplas necessidades.

Palavras-Chave: Cirurgia Torácica. Cuidados de Enfermagem. Pesquisa Qualitativa. Fenomenologia.

ABSTRACT

Starting from the experience of nursing care to women in perioperative cardiovascular care some concerns have emerged referring this Being after cardiovascular surgery. Underlying this moment there are some gaps related to the study of subjectivities and also related to nurse work performance directed to health promotion, protection and recovery. This study aimed at revealing the meanings of Dasein in this daily routine in order to contribute to the reflection on integrality of health care towards patient who is returning home. A qualitative approach based on Martin Heidegger Phenomenology was selected as research method. The setting was a medium-sized hospital located in Zona da Mata Mineira. Research participants were ten women that had undergone cardiovascular surgery. The Phenomenological interview has been guided by the following question: How is your daily life after surgery? The essential structures were found in the statements during interviews. From these structures the following Signification Units were identified: Physical sensations and health problems are present; There is a feeling of uselessness and limitation caused by the dependence upon others; In some moments the help and support they received were essential; Women were emotional, scared, they have experienced the fear of dying and they have sought faith in God; they expect medical discharge so that they may get back to their normal daily routine. Vague and average understanding has resulted in the main theme which in turn originated the concept of Being towards interpretative analysis. The hermeneutics unveiled a new mode of Being a cardiac woman which was previously unknown to her, announcing her as an impersonal Being through publicity. During this experience this woman feels herself dominated by everyday life either through gossips, curiosity and ambiguity. She experiences decadence from anguish. She fears her own death but she also fears the death of a family member revealing extreme fear, terror and horror. During women's health care health professionals show themselves as inauthentic in many health system settings. It is the medical professional who takes part in several follow-up visits paying attention to biologist aspects considered insufficient to enable the improvement of subjective issues that may be found in patient's daily activities. This research points out the lack of attitudinal behavior of nurses who have the possibility

to work in different scenarios and get from their training and daily experience the tools that may increase visibility of their actions. One of the most important tools are the nursing process, specific theories that must underpin this process as well as legal resolutions to support the conduct of nurses. It is therefore envisaged the application of care methodologies based on humanistic and interactionist theories. In this sense, there is a close contact with Heideggerian phenomenology since this approach encourages the professional to encounter himself/herself, making a move from ontic to ontological level and bringing care back to patients considering their multiple needs.

Keywords: Thoracic Surgery. Nursing Care. Qualitative Research. Phenomenology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Trajetória Profissional.....	11
1.2	Objetivo do Estudo.....	17
2	SOLO DE TRADIÇÃO	18
2.1	O coração, as doenças cardiovasculares e as cirurgias cardíacas.....	18
2.2	O processo cirúrgico cardíaco e suas implicações para os pacientes e profissionais de enfermagem.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	33
3.1	Abordagem metodológica.....	33
3.2	Referencial Filosófico – Fenomenologia.....	34
3.3	O filósofo Martin Heidegger.....	36
3.4	Momentos metódicos da analítica existencial em Heidegger.....	39
3.5	Trajetória do Estudo.....	40
3.6	As depoentes.....	41
3.7	Os depoimentos.....	42
4	ANÁLISE COMPREENSIVA	46
4.1	Historiografia.....	46
4.2	Unidades de Significação.....	50
4.3	Compreensão Vaga e Mediana.....	62
4.4	Interpretação Compreensiva.....	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICES	82
	ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória Profissional

Graduei-me enfermeira pela Universidade Federal de Juiz de Fora no ano de 2003 e adentrei ao mercado de trabalho pela docência em escolas para formação de profissionais de nível técnico em enfermagem. A atuação em área hospitalar adveio como consequência de um processo seletivo em instituição privada poucos meses após o nascimento do meu filho.

Permito-me declarar que em um primeiro momento entrei na enfermagem, porém, com poucos meses percebi que a enfermagem penetrava-me em um movimento tão representativo, que eu e “ela” éramos um. Quando perguntada a respeito do que sou, a partir de então e até os dias atuais, respondo: Sou enfermeira! Acredito que este fenômeno é natural e acontece no tempo fenomenológico de cada ser.

No primeiro semestre de 2004, assumi a função de Enfermeira Supervisora das Unidades Coronariana (UC) e de Urgência e Emergência de uma instituição hospitalar. Nestas vivências, intercalava a supervisão de Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal nos finais de semana, em plantões de 12 horas. Na UC tive oportunidade de conviver com os pacientes portadores de cardiopatia que internavam para tratamento clínico por agudização de doença crônica ou em perioperatórios de cirurgias cardíacas a céu aberto ou fechado.

Consegui organizar e sistematizar com os demais colegas enfermeiras ações de enfermagem voltadas a esses clientes com uma experiência singular de contato, troca, relação, real-ação. Identificava-me com o cuidar do paciente cardiológico, entendendo a importância da doação e entrega que devem permear a assistência prestada pelo enfermeiro.

Convivendo diariamente com uma média de seis pacientes, experimentava a aproximação empática, colocando-me muitas vezes no lugar deles e questionando-me quanto ao atendimento prestado e se eu gostaria de recebê-lo da maneira em que o estava propiciando.

Após dezessete meses de atuação, fui convidada a assumir a Responsabilidade Técnica de um Serviço de Cardiologia Intervencionista que

agrupava as etapas diagnósticas e terapêuticas ligadas ao Laboratório de Hemodinâmica e de Eletrofisiologia Cardíaca. Aceitei de prontointeressada em galgar horizontes cada vez maiores na profissão. Apesar do contrato de trabalho estar mais voltado a aspectos administrativos, também assistia aos clientes realizando procedimentos e orientações pertinentes ao cuidado de enfermagem dispensado naquele setor.

Neste segmento, os pacientes são encaminhados por profissionais médicos a partir de sintomatologia e estratificação positiva em eletrocardiograma, cintilografia de perfusão miocárdica, testes ergométricos entre outros. Realizar um cateterismo cardíaco é premissa atual para direcionar o melhor tratamento ao paciente cardiopata.

Ao conversar com o paciente sobre o resultado do procedimento (cateterismo), o médico chamava a família ou o acompanhante daquele momento e relatava as possibilidades terapêuticas. Por vezes eu permanecia próxima à cena, participando na qualidade de coadjuvante, observando as reações. Estavam todos ali olhando fixamente para o médico e quando mencionada a necessidade cirúrgica, os olhares voltavam-se para o paciente, que deitado com mobilidade física prejudicada, além do dispositivo de compressão do acesso vascular instalado, aquiescia na impossibilidade de negar ou mesmo fugir da situação, literalmente.

Todos saíam e ele permanecia lá contido na própria emoção. Eu apenas segurava em suas mãos e dizia: - Estou aqui, posso fazer algo por você neste momento? Após o tempo de repouso preconizado, eu não mais o encontrava, mas torcia para que tudo corresse bem.

Em Serviços de Hemodinâmica, compreendi que o enfermeiro é o líder não só da equipe de enfermagem, mas também da equipe multiprofissional atuando como intermediário das ocorrências assistenciais, administrativas, de ensino e pesquisa específicas deste setor. A natureza do serviço induz à mecanicidade e a equipe de enfermagem, por poder e dever interagir mais com o ser humano, necessita buscar compreender a intersubjetividade presente em cada relação estabelecida.

No início de 2006, conduzi a minha vida em direção a uma instituição privada também como Enfermeira Coordenadora de outro Laboratório de Cardiologia Intervencionista. O número de procedimentos era quatro vezes maior do que no emprego anterior. A oportunidade de aprendizado, troca de informações e crescimento perdiam-se na linha do horizonte. Assim, adquiri conhecimento amplo

sobre legislação, arquitetura, ética e custos relacionados à especificidade do setor. Progredi tecnicamente no manuseio de equipamentos e assistência ao paciente em situações de emergência. Desenvolvi habilidades para o exercício do comportamento atitudinal, gerenciamento de conflitos, relacionamento interpessoal, poder decisório e promoção de treinamentos à equipe técnica.

Naquela mesma época continuava a atuar em escolas técnicas somando ao conhecimento teórico-científico os saberes vivenciados no dia a dia da prática assistencial.

Atuando com equipe médica de expressão nacional fui levada à Curitiba-PR para uma Clínica dedicada ao diagnóstico e tratamento de cardiopatias. Na ocasião, conheci uma colega de profissão a quem muito estimo pela gentileza e disponibilidade em ensinar-me e colocar-me em contato com o Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), dedicado à promoção de eventos científicos que incentivam o desenvolvimento do enfermeiro e apoio à produção e divulgação de temas de interesse da profissão.

Retornei a Juiz de Fora decidida a buscar a especialização em Enfermagem Cardiológica, na época inexistente em nossa cidade. Passei cerca de dezoito meses viajando nos finais de semana para a cidade do Rio de Janeiro. Desenvolvi o Trabalho de Conclusão de Curso que teve por título “O desafio do enfermeiro na educação em saúde para a prevenção dos fatores de risco de infarto agudo do miocárdio”, estudo na modalidade de revisão de literatura que me permitiu perceber o quanto estamos distantes do modelo de orientação/educação para a saúde ideal no que concerne à mudança do estilo de vida.

Paralelamente integrei a Diretoria do Departamento de Enfermagem da SBHCI eleita como Coordenadora Científica após votação em evento nacional da classe. Na ocasião, tive oportunidade de realizar a primeira palestra profissional fora do Estado de Minas Gerais durante o Congresso Brasileiro de Enfermagem em Hemodinâmica.

No ano de 2009, fui selecionada para integrar o quadro de Professores Substitutos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Ministrei aulas teóricas e práticas nas Disciplinas de Saúde Mental e Central de Material Esterilizado, estreitando laços profissionais e pessoais com a orientadora do caminho atual no Mestrado em Enfermagem. No mesmo ano, um novo Serviço de

Hemodinâmica abriria suas portas em Juiz de Fora e novamente recebi a oportunidade de estruturar o setor e gerenciar a equipe de enfermagem.

O Hospital do Coração foi um marco profissional, pois pela primeira vez foi possível “começar do zero”, imprimindo um gerenciamento próprio ao setor. Implementamos a Consulta de Enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem e uma série de normas, rotinas e processos que auxiliavam na gestão do cuidado. Procurava o melhor entrosamento em equipe possível e isso me fortalecia em busca de novas conquistas intersetoriais. Contribuía com a coordenação de pesquisa clínica, alimentando bancos de dados nacionais e internacionais por meio de follow-ups junto aos pacientes submetidos às intervenções.

Nessa ocasião estreitava as relações com os pacientes, especialmente os do gênero feminino por identificação pessoal. Percebia a inquietude frente à decisão clínica de realizar uma cirurgia cardíaca. Diálogos, lágrimas e dores eram compartilhados buscando uma aproximação empática para me oferecer como instrumento do cuidar diante do sofrimento. De mãos dadas com a paciente, éramos mais próximas, entendendo que naquele instante faltavam palavras e sobravam emoções.

Considero que a mulher é um ser singular, não só pela representação, mas também pelos saberes e sentimentos muitas vezes velados em detrimento dos papéis que desempenha em seu dia a dia. Como um ser humano no mundo, vivencia seu cotidiano de maneira própria manifestando-se através de significados percebidos ou não por outros que com ela convivem (LOPES; SOUZA, 1997).

Decorridos vinte e quatro meses, o hospital em que o Serviço de Hemodinâmica estava inserido, necessitou de um enfermeiro Responsável Técnico (RT), e novamente em busca de crescimento aceitei o desafio. O panorama era bem diferente: gerenciava Unidade de Tratamento Intensivo, Enfermarias de Clínica Médico-Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, Unidades de Emergência, Quimioterapia, Radioterapia e Atendimento Ambulatorial. O quadro de Enfermagem contava com 112 colaboradores entre Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Ocupando este cargo, eu estava Enfermeira RT, porém continuava sendo a Thaís enfermeira, aquela que anteriormente interessou-se sobremaneira pelo ser do humano antes, durante e após cirurgias cardíacas, especialmente pelo ser mulher.

Entre outras medidas iniciais de gestão e não por mero acaso, meu olhar voltou-se aos pacientes cardiopatas cirúrgicos e destaco a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) na modalidade de orientação aos clientes cirúrgicos que seriam submetidos às cirurgias cardíacas.

Em princípio, eu mesma realizava a Visita Pré-operatória, pela ausência de enfermeiro supervisor no Centro Cirúrgico naquele primeiro mês de gestão.

Era conferida a oportunidade da manipulação dos insumos ao mesmo tempo em que ocorriam as explicações. Fotografias da equipe e do ambiente de terapia intensiva também eram mostradas com a finalidade de situar o receptor do cuidado no tempo e espaço que vivenciaria após a cirurgia.

Nessas ocasiões, o prazer experimentado junto ao ser humano deixava-me em êxtase e agradecimentos constantes por participar do seu mundo-vida. Voltava à sala da gerência com gostinho de quero mais. O foco na gestão jamais me fez perder de vista o paciente, pelo contrário, trabalhava-me no sentido de estar em contato sempre, a fim de apreender daquele que é cuidado o que significavam todas aquelas medidas gerenciais tomadas.

Durante estes oito anos ininterruptos de assistência ao cliente cardiopata, experienciando com ele os mais diversos sentimentos e emoções, angustiava-me diante do tecnicismo que os profissionais de saúde lançavam mão como ferramenta única de cuidado, distanciando-se do ser humano e atentando-se apenas ao órgão doente. Durante os diálogos com a equipe multiprofissional, o paciente era mais um número, uma ponte, uma artéria com lesão. Refletia em como contribuir para a humanização daquele atendimento e seguia adiante, incentivando de maneira positiva e construtiva a equipe sob minha supervisão.

Em outros momentos cuidei de mulheres que haviam passado pelo procedimento de revascularização do miocárdio e retornavam ao Laboratório de Hemodinâmica para revisão da patência dos enxertos venosos e arteriais. Muitas externavam a vontade de retomar a carreira profissional impedida naquele momento pela necessidade de recuperação, além de relatarem o quanto suas vidas haviam se modificado.

Assim, iniciei o ano de 2011 estabelecendo como meta pessoal e profissional a aprovação na seleção de mestrado na instituição que concluí o Curso de Graduação. Os anos dedicados à assistência, docência e gerência enriqueceram-me de conteúdo, experiência e paixão pela profissão. Porém, chegara o momento em

que a maturidade apontava a necessidade de voltar-me ao aprendizado em um nível mais elevado, para em breve, devolver à sociedade os frutos da dissertação e das disciplinas cursadas na pós-graduação.

Adentrei novamente à Universidade Federal de Juiz de Fora após um ciclo de provas no campo físico e emocional que permitiram chegar ao projeto de pesquisa e escrever esta trajetória. Com o desejo de volver o olhar para o depois da alta médica, compreendendo as coisas em si mesmas (MORENO; JORGE; GARCIA, 2004), no dia a dia do ser mulher após uma intervenção de alta complexidade, pergunto-me: se fosse eu, como estaria? Que papéis me caberiam agora?

Compreendendo que essas respostas não seriam obtidas pelos métodos de pesquisa das ciências naturais, recorri às leituras da abordagem fenomenológica, deparando-me com Martin Heidegger e seu pensamento filosófico existencial que conferiu suporte às minhas inquietações.

Oportunamente estive na Escola de Enfermagem Anna Nery, buscando aproximação com a Fenomenologia na disciplina Métodos Qualitativos de Pesquisa na Abordagem Fenomenológica. Aproximando-me deste referencial, lanço um olhar reflexivo para a contribuição que oferece à enfermagem a partir da compreensão dos significados manifestos pelos entes e conseqüente percepção das singularidades que devem ser consideradas no processo de enfermagem a fim de que este responda às reais necessidades dos pacientes.

Neste sentido, percebo a integralidade da atenção em saúde sendo exercida de forma incipiente pelo enfermeiro. Os níveis de atenção primário, secundário e terciário pouco se comunicam gerando fragmentações no processo de cuidado à saúde do ser humano.

Emerge então para mim a possibilidade de pesquisar a mulher no dia a dia após uma cirurgia cardíaca, o que declaro como objeto de estudo desta dissertação.

Busco o desvelar dos sentidos do dia a dia da mulher, sua vivência a partir da cirurgia, as ressignificações necessárias ao enfrentamento do novo, seus sentimentos na recuperação cirúrgica em um tempo fenomenológico, compreendendo o papel que nos cabe como profissionais que intencionam o holismo na atenção à saúde.

Pauto como questões norteadoras desta investigação: Como a mulher se manifesta no dia a dia após vivenciar uma intervenção cirúrgica cardíaca? Que

significados apresenta na perspectiva de ser mulher, em uma vivência permeada por singularidades?

1.2 Objetivo

- Desvelar os sentidos do ser-aí-mulher no seu dia a dia após uma cirurgia cardíaca.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

Nas pesquisas que tem por referencial teórico-filosófico a fenomenologia, busca-se a interpretação dos significados que o ser humano manifesta através do seu discurso oral, gestual e até mesmo silencioso. Entretanto, a posição prévia da ciência alicerça inúmeras possibilidades de cuidado ôntico no processo de recuperação do padecimentocardiovascular.

Para Heidegger, o solo de tradição representa o que é compreendido positivamente e que “possibilita o horizonte das articulações” (HEIDEGGER, 2011, p. 575).

Por isso apresento a seguir a contribuição da ciência no que tange aos aspectos estatísticos, sintomatológicos e terapêuticos, a fim de situar o estado da arte do que tem sido produzido da temática em questão.

2.1 O coração, as doenças cardiovasculares e a cirurgia cardíaca

O coração é um órgão muscular oco situado no centro do tórax, que ocupa o espaço entre os pulmões e se apoia sobre o músculo diafragma. Pesa cerca de 300 gramas, possui a função de bombear sangue para os tecidos, alimentá-los com oxigênio e outros nutrientes, e ao mesmo tempo remove dióxido de carbono dentre outros produtos do metabolismo (PORTO, 2001).

Divide-se em duas partes, através de um septo longitudinal com orientação oblíqua. Em cada metade há uma câmara atrial que recebe o sangue das veias e outra ventricular que impulsiona o sangue para o interior das artérias.

A veia cava superior e inferior conduzem o sangue venoso para o átrio direito, penetra no ventrículo direito do qual é ejetado para o tronco pulmonar. As artérias pulmonares direita e esquerda direcionam o sangue para os pulmões e as veias pulmonares trazem-no de volta ao átrio esquerdo. Adentra o ventrículo esquerdo e é ejetado para o interior da aorta, o que permite a oxigenação de todos os tecidos corporais (PORTO, 2001).

O coração é constituído de três camadas: pericárdio, miocárdio e endocárdio. No pericárdio ou epicárdio correm as artérias coronárias antes de penetrarem no músculo cardíaco. Neste, as fibras musculares cardíacas são sustentadas por um esqueleto de tecido conjuntivo, no qual se insere a musculatura (PORTO, 2001). O endocárdio constitui-se de camada endotelial, que confere um aspecto liso e brilhante à parte mais interna do coração.

A espessura da parede das quatro câmaras cardíacas (átrios e ventrículos direito e esquerdo) reflete a pressão gerada em cada uma delas (WODDS; FROELICHER; MOTZER, 2005). As válvulas cardíacas dividem-se em quatro, a saber: atrioventriculares (mitral e tricúspide) e semilunares (pulmonar e aórtica). Têm como principal função permitir que o sangue flua de maneira unidirecional (SMELTZER; BARE, 2009).

Assim como os demais órgãos, o coração necessita receber sangue oxigenado e com nutrientes que permitam seu funcionamento adequado. A nutrição deste órgão fica sob a responsabilidade das artérias coronárias que anatomicamente originam-se do seio aórtico e denominam-se direita e esquerda. De ambas derivam ramos importantes que penetram o miocárdio e oxigenam as fibras musculares. Torna-se fundamental para o bom funcionamento do músculo cardíaco que as artérias coronárias estejam livres de obstrução de qualquer matiz.

As células elétricas especializadas do sistema de condução cardíaca possuem automaticidade, excitabilidade e condutividade, capacidades que respectivamente iniciam, respondem e transmitem impulsos elétricos de uma unidade celular à outra (SMELTZER; BARE, 2009). A inervação do coração é propiciada por fibras nervosas autônomas, que incluem fibras sensitivas provenientes dos nervos vagos e dos troncos simpáticos.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 2008, fatores de risco de patologias crônicas não transmissíveis e as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte no país, destacando-se as doenças cerebrovasculares, seguidas das doenças isquêmicas cardíacas, sendo que a prevalência no gênero masculino é ligeiramente maior do que no feminino (BRASIL, 2009).

Na maior parte das vezes, a isquemia miocárdica acontece quando há uma obstrução por placa aterosclerótica em uma ou mais artérias coronárias, impedindo a perfusão adequada do músculo cardíaco. Também denominada Doença Arterial

Coronariana (DAC), suas manifestações mais comuns consistem no Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Pectoris estável ou instável.

A aterosclerose coronariana decorre da interação complexa de vários fatores, destacando-se de maneira importante a inflamação e disfunção endoteliais. Como principais causas deste processo tem-se a hipercolesterolemia, resistência à insulina, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, entre outros (BAHIA, 2006).

A alteração do endotélio é concebida como uma resposta vasomotora anormal ao relaxamento vascular que ocorre na presença de fatores de risco contribuintes com o surgimento de patologias cardiovasculares (BEHRENDT; GANZ, 2002). Quanto maior o número destes, maior a chance de apresentar um evento isquêmico cardíaco.

Os fatores não modificáveis são constituídos pela hereditariedade, gênero, idade, entre outros (ALVES; MARQUES, 2009). Já nos modificáveis, a atuação do enfermeiro faz-se imprescindível e desafiadora. Ao cidadão são direitos constitucionais a prevenção, promoção e recuperação da saúde com universalidade de acesso, equidade e integralidade das ações. Em contrapartida é dado ao profissional de saúde o dever de desenvolver estratégias educacionais que realmente auxiliem pacientes coronariopatas a se desvencilharem de hábitos tão marcantes. Estes podem estar tão imbricados nas pessoas, que apenas a informação recebida através de orientações preventivas, realizadas de uma maneira mais ampla e pouco específica, não tem sido suficientes para modificar comportamentos maléficos à saúde (COLOMBO; AGUILLAR, 1997).

Atualmente, diversas alternativas terapêuticas estão disponíveis no mercado. Porém, quando as intervenções clínicas e farmacológicas são insuficientes no controle e manutenção da saúde do indivíduo cardiopata, a correção cirúrgica invasiva surge como alternativa.

A cirurgia torácica desmembrou-se da cirurgia geral após a 2^o Guerra Mundial, como consequência dos progressos ocorridos durante o conflito (COSTA, 1998). Dentre as intervenções cirúrgicas torácicas, destacam-se as cirurgias cardíacas. Considerado de alta complexidade, o procedimento incorreu em avanços tecnológicos e científicos nas últimas décadas, com o uso da robótica, da telemedicina e dos fármacos de última geração, tornando-se método reparador seguro e eficiente (PENICHE; CHAVES, 2000).

Na literatura especializada é conferido destaque a três tipos de cirurgia cardíaca: corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plastia de valva aórtica, mitral ou tricúspide) e substitutivas (trocas valvares e transplantes), sendo o tipo mais comum de cirurgia reconstrutora a Revascularização do Miocárdio (RVM). Nela, um vaso sanguíneo (geralmente a veia safena e/ou a artéria mamária interna) sofre anastomose em uma artéria coronária distalmente ao ponto ocluído e à aorta ascendente, de maneira a isolar o local do vaso obstruído e restabelecer a perfusão da artéria afetada (GALDEANO et al., 2003).

A RVM tem por objetivos: aliviar os sintomas, conferir proteção ao miocárdio isquêmico, otimizar a função ventricular, prevenir o infarto agudo do miocárdio e recuperar o paciente em suas dimensões física, psíquica e social (BRICK et al., 2004).

A cirurgia valvar é indicada quando uma das válvulas cardíacas encontra-se na impossibilidade de manter o fluxo unidirecional. Este evento acontece por estenose ou insuficiência valvular e é mais comumente associado à febre reumática e endocardite infecciosa.

A indicação cirúrgica perpassa o alívio dos sintomas e a restauração da fisiologia valvular. A substituição por próteses mecânicas teve início na década de 60 e evoluiu em relação à técnica e dispositivos utilizados, permitindo menores chances de complicações no pós-operatório. Atualmente, as próteses biológicas caracterizam-se por menor ocorrência de eventos trombóticos quando comparadas às mecânicas (WODDS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

É possível ainda a combinação cirúrgica sendo realizada no mesmo ato operatório a troca valvar e a RVM.

Na cirurgia cardíaca padrão o sangue circulante é desviado para a máquina de circulação extracorpórea e o coração parado é então submetido à correção necessária. O sangue é removido do átrio direito por uma ou duas cânulas introduzidas nas veias cavas e enviado ao equipamento, retornando à bomba cardíaca oxigenado pela canulação da aorta ascendente (WODDS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

O transplante cardíaco é indicado aos pacientes que apresentam refratariedade ao tratamento clínico e excluem outra possibilidade cirúrgica. A seleção de receptores apresenta considerável rigor e inclui contra-indicações relativas como:

idade superior a 70 anos, diabetes tipo 1 com lesões graves de órgãos-alvo, obesidade mórbida, infecção crônica ou aguda, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, embolia pulmonar com episódio de infarto recente e condição psicossocial desfavorável (SANTOS; OLIVEIRA, 2004; BACAL et al., 2010).

A II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco define que os receptores em prioridade são aqueles com maior probabilidade de morte na fila de espera, os que necessitam de assistência circulatória mecânica, os que estão sob suporte inotrópico e/ou ventilação mecânica (BACAL et al., 2010).

A técnica cirúrgica consiste na retirada do coração do doador e implantação do órgão nas veias cavas e pulmonares do receptor, sendo que alguns cirurgiões removem o coração do receptor deixando apenas uma parte dos átrios com as veias cavas e pulmonares para anastomose local (SMELTZER; BARE, 2009).

É destaque a atuação do enfermeiro no que concerne à implementação de atividades educativas ao paciente e familiares em todas as fases do processo de transplante cardíaco, além da identificação de riscos potenciais e capacitação do cliente para o autocuidado e autoadministração de imunossupressores e medicamentos (BACAL et al., 2010).

Todo o conhecimento técnico, da anatomia e fisiologia cardíacas são importantes para o enfermeiro. É a partir destes que tem a possibilidade de identificar e avaliar o significado clínico e as implicações que subsidiam os diagnósticos e intervenções de enfermagem.

2.2 O processo cirúrgico cardíaco e suas implicações para os pacientes e profissionais de enfermagem

O perioperatório de todo ato cirúrgico é dividido em três fases: o pré-operatório que inicia com a indicação cirúrgica até o transporte do paciente para a mesa de cirurgia; o transoperatório que contempla a cirurgia em si e termina com a entrada do paciente na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e por fim o pós-operatório que vai desde a assistência na SRPA até os cuidados na enfermaria de origem ou em domicílio (SMELTZER; BARE, 2009).

A ansiedade e o estresse do paciente em relação a um procedimento cirúrgico são condições esperadas e vivenciadas pelos profissionais de saúde em seu cotidiano. Diante do desconhecido o ser teme pela própria vida e angustia-se com o que parece em sua mente ter possibilidade de finitude física.

As emoções envolvidas em uma experiência cirúrgica têm sido referenciadas por vários autores, por meio de estudos relativos ao medo da morte, da anestesia, da deformação, da dor, as incertezas relacionadas ao prognóstico, ao tratamento, as preocupações com a família, com o emprego entre outras. Em função destas considerações é antiga a preocupação, na área de saúde, com a influência do estado emocional do paciente e as conseqüentes variações que repercutem diretamente nas funções básicas de seu organismo (PENICHE; CHAVES, 2000).

A vivência de sentimentos ambivalentes faz-se presente no momento da indicação cirúrgica. Por um lado, a percepção do paciente flui de uma intervenção mágica, miraculosa que o livrará do risco de um infarto. Do outro lado, está o medo da morte, durante e após o procedimento anestésico-cirúrgico e o receio de sofrer danos irreversíveis. Em situações como essas é comum que uma gama de fantasias e sentimentos ocupe a mente do ser doente (VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006).

A vinculação do órgão cardíaco ao sentimento e emoção é representatividade cultural, social e emocional do ser humano. O psiquiatra suíço e fundador da psicologia analítica, Carl Gustav Jung, afirma que o significado simbólico do coração não é uma criação de artistas, mas um arquétipo - herança da mente - que permanece em nosso inconsciente e influencia a nossa maneira de sentir os acontecimentos, principalmente as doenças que colocam em risco nossa vida (PORTO, 2005).

Nesse sentido, estar em pré-operatório de cirurgia cardíaca confere ao ser humano um desgaste emocional para si e para seu círculo de convívio, uma vez que se sente ameaçado em suas perspectivas e metas anteriormente traçadas, além de toda a necessidade de reestruturação do cotidiano imposta pela possibilidade de intervenção cirúrgica.

Estudo realizado com o objetivo de identificar diagnósticos de enfermagem em pacientes que se encontram no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, evidenciou o déficit de conhecimento e ansiedade relacionados ao procedimento como diagnósticos prevalentes na população estudada (GALDEANO; ROSSI; PEZZUTO, 2004).

Definida pela taxonomia North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica e sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo” (JONHSON, 2009, p. 72), a ansiedade sinaliza para o

indivíduo que um possível risco se aproxima, tornando possível elaborar medidas que o minimizem. Pode estar relacionada ao medo do processo de morrer e/ou de morrer prematuramente. Já o conhecimento deficiente é definido como a “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico” (JOHNSON, 2009, p. 134).

O medo é definido como “resposta à ameaça que é conscientemente reconhecida como um perigo” (JOHNSON, 2009, p. 332). Em instituição especializada na realização de procedimentos intervencionistas cardiológicos a céu aberto, entrevistou-se 13 pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca com o objetivo de identificar o medo neste momento. Os resultados revelaram que cem por cento dos participantes apresentaram o sentimento pesquisado (BACHION, 2004).

Os momentos que antecedem a cirurgia são vivenciados pelo paciente de uma forma dramática e assustadora. O temor daquilo que é desconhecido é a principal causa da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico (FIGHERA; VIERO, 2005).

Compreendendo que o perioperatório de cirurgia cardíaca inicia-se no instante da indicação cirúrgica e vai até a alta médica, destaco a importância do enfermeiro como participante ativo de todas as etapas deste processo. Assim, a avaliação no pré-operatório com a identificação de fatores de risco cirúrgico e adoção de comportamento atitudinal para o desenvolvimento de medidas que os minimizem ou até mesmo os neutralizem, propicia redução da morbimortalidade operatória (FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009). A utilização de escalas e índices direcionados contribui com o Planejamento da Assistência Perioperatória de Enfermagem.

É também possível ao enfermeiro minimizar dúvidas e anseios do cliente enquanto lhe prestacuidados, percebendo-o em suas características individuais, a fim de prepará-lo para o procedimento anestésico-cirúrgico (SALIMENA, 2000). Dentre as dimensões do cuidar sistematizado em enfermagem cabe o destaque à educação/orientação como instrumento de assistência direta ao cliente cirúrgico, que desconhece informações pertinentes ao seu estado de saúde, minimizando assim o desconforto do desconhecimento por ausência de informação.

A visita pré-operatória é a primeira etapa da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) e de fundamental importância no levantamento individual das necessidades dos clientes que se submeterão à cirurgia. Representa

um valioso instrumento para a humanização do cuidado perioperatório, no qual o enfermeiro atua de maneira expressiva, a fim de proporcionar ao paciente cirúrgico apoio emocional, atenção e orientações neste momento em que experimentará os mais diversos sentimentos (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICS, 2006). Assim, o profissional enfermeiro deve visar o esclarecimento de suas dúvidas, fornecer as informações necessárias, explicar possíveis situações a serem experienciadas e minimizar complicações pós-operatórias, através do processo educativo no período pré-operatório (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELA, 2001).

Pesquisadoras que apontam concepções à luz de Paulo Freire afirmam que o ensinar é uma especificidade humana que respeita a liberdade e discute as próprias posições. A educação e a troca de saberes relativos e não absolutos, devem ser à base das relações educativas entre enfermeiro e cliente. Em estudo realizado em 2005, as pesquisadoras constataram a grande necessidade que o paciente tem de atenção e diálogo, como medida para diminuir o estresse da hospitalização (SOUZA; SOUZA; FENILI, 2005).

O adequado conhecimento da situação que está por vir, neste caso a cirurgia, torna o paciente mais tranquilo e em consequência mais preparado para a intervenção cirúrgica (BAGGIO; TEIXEIRA; PORTELA, 2001).

A orientação pré-operatória de cirurgia cardíaca é um momento de expressão autêntica do cuidado sistematizado ao paciente cirúrgico e configura que o existir como profissional acontece em presença do outro (CELICH, 2004).

Em muitas Instituições Hospitalares por não ser permitida a presença de acompanhantes durante a internação, o paciente busca estabelecer vínculos com os profissionais de saúde e em especial com a Equipe de Enfermagem por estar mais próxima a ele, espacial e temporalmente. Esse encontro compartilhado permite o estabelecer de uma relação (REAL – AÇÃO) em que os sentimentos vivenciados e experienciados pelo ser-no-mundo estão presentes (CELICH, 2004).

O transoperatório da modalidade cirúrgica cardíaca acontece em ambiente especialmente destinado para este fim. O Centro Cirúrgico é um setor especializado, com acesso restrito e que requer especificidades que englobam desde a vestimenta da equipe de trabalho até a postura atenta dos profissionais para o gerenciamento de risco em todas as etapas do procedimento.

Neste sentido, o Enfermeiro dinamiza as atividades assistenciais e administrativas necessárias à execução da cirurgia, em uma perspectiva de provisão e previsão constantes fundamentadas nas necessidades da equipe e do paciente.

Em se tratando de um ambiente estranho para o cliente, o centro cirúrgico pode tornar-se ameaçador, por todo o aparato tecnológico de que dispõe e que é desconhecido para a maioria dos receptores do cuidado. A proximidade empática e a demonstração de afeto da equipe profissional são de natureza restrita neste setor, pois a atenção central ao órgão a ser operado norteia as ações profissionais (SILVA; ALVIM, 2010). Existe um “tempo cirúrgico” para a relação enfermeiro-paciente que, se bem aproveitado, pode interferir positivamente na recuperação pós-operatória.

Busco o apoio de Florence Nightingale e de sua Teoria Ambientalista no que tange à influência do ambiente físico, psicológico e social sobre a saúde de alguém que se encontra enfermo. O dispêndio de energia vital com algum aspecto não conforme do ambiente, tolhe o indivíduo em sua restauração celular. A Teoria considera que o (a) enfermeiro (a) deve colocar o paciente na melhor posição possível para que o ambiente o favoreça (NIGHTINGALE, 1989). Então, agregar valor à Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória como ferramenta do cuidar em enfermagem imprescindível para a efetivação do binômio cuidado-cuidador cirúrgico, torna-se meta para o enfermeiro atuante neste setor.

No transcorrer da cirurgia cardíaca o paciente sob anestesia geral tem suas funções vitais monitoradas por equipamentos diversos. A máquina de circulação extracorpórea realiza as funções da bomba cardíaca e ventiladores mecânicos asseguram oxigenação tecidual favorável à homeostase orgânica. Coletas de sangue arterial analisadas em gasômetros indicam as reposições eletrolíticas necessárias. A destreza dos cirurgiões e o apoio da equipe de enfermagem em sala cirúrgica também contribuem para o sucesso do procedimento.

Alguns diagnósticos de enfermagem foram identificados por estudiosos neste período. Incluem os riscos para infecção, desequilíbrio de volume de líquidos, troca de gases prejudicada, aspiração, proteção alterada, entre outros relativos às necessidades fisiológicas. O estudo também apontou o diagnóstico real de ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico presente em número expressivo, considerando a administração de medicação pré-anestésica (GALDEANO et al., 2003).

Ao pesquisar sobre os cuidados de enfermagem que devem ser dispensados ao paciente no período transoperatório observou-se que a literatura é reduzida e remonta em sua maioria a atividades de cunho técnico-administrativo, que apesar defundamentais, são pouco resolutivos na atenção aos aspectos psicológicos e emocionais.

O pós-operatório imediato dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca acontece em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) que deve possuir recursos que promovam segurança para os clientes e colaboradores sob condições normais ou de emergência (CHEREGATTI; AMORIM, 2010). A infraestrutura legalmente normatizada, os processos de biossegurança ideais e a tecnologia avançada propiciam resultados favoráveis ao paciente crítico.

Entretanto, o padrão de crenças da maior parte da população indica que estar em uma UTI na condição de receptor do cuidado é encontrar-se entre a vida e a morte. Isso implica em considerar este setor como um dos locais mais traumatizantes do ambiente hospitalar, pois além da situação delicada do estado de saúde, existem outros fatores que prejudicam o aspecto psicológico, tais como a falta de condições favoráveis ao sono e eventos emergenciais frequentes (NASCIMENTO; CAETANO, 2003).

A cirurgia cardíaca requer monitorização vigilante de todas as funções orgânicas no pós-operatório, uma vez que este período caracteriza-se por uma verdadeira “tempestade” hemodinâmica, decorrente da alteração fisiológica de todos os sistemas (SENRA; IASBECH; OLIVEIRA, 1998). A equipe de saúde intensivista lida com a máxima atenção às mudanças de parâmetros vitais, dada a labilidade do paciente cardiopata após intervenção de tal magnitude.

Estudo quantitativo descritivo objetivou detectar quais necessidades fisiológicas e psicossociais estão mais afetadas no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Obteve como resultados nos aspectos orgânicos: o conforto, sono e repouso, alívio da dor, manutenção do equilíbrio eletrolítico, regulação da temperatura, eliminação urinária, movimentos, exercícios, alimentação e evacuação. Nos aspectos psicossociais, destacaram-se a necessidade de segurança e autoestima. A pesquisa ainda revelou que os pacientes neste período apresentavam medo da morte e de incapacidade para o trabalho (SAMPAIO; FREITAS; PEDREIRA, 2005).

A reunião de tubos, drenos, conectores diversos, infusões medicamentosas e alarmes de bombas e monitores, tornam o despertar do paciente um momento

peculiar onde a equipe de enfermagem deve necessariamente estar presente e orientar o cliente a fim de minimizar suas angústias e inquietações.

Alguns dos sentimentos e percepções deste momento são relatados. As dores na região da coluna vertebral e na inserção de drenos tiveram prevalência significativa em avaliação de 15 pacientes submetidos ao procedimento em questão. O nervosismo por não poder falar em consequência do tubo orotraqueal aliados a sentimentos de medo, ansiedade e angústia também fizeram parte dos achados da pesquisa (HADDAD; ALCANTARA; PRAES, 2005).

A percepção dos profissionais de enfermagem evidenciou como fatores mais estressantes dos pacientes submetidos à cirurgia cardiotorácica em UTI: “estar amarrado por tubos, presença de tubos no nariz e/ou boca, dor e não ter explicações sobre o tratamento” (GOIS; DANTAS, 2003, p. 23).

Reflito então quanto à necessidade de humanização durante todo o perioperatório do paciente em cirurgia cardíaca no que concerne ao direito a informação. Ser visitado pelos profissionais de enfermagem e terem suas dúvidas esclarecidas durante o pré-operatório tem repercussão positiva no momento do despertar.

Recordo a experiência profissional de visitar pessoalmente os pacientes quando internados para fins cirúrgicos e levar às suas mãos a possibilidade de manipular uma série de objetos que fariam parte de seus corpos momentaneamente no pós-operatório. Verbalizava constantemente a necessidade de memorizarem uma palavra quando acordassem da anestesia: “CALMA”! Repetia muitas vezes durante o encontro no pré-operatório essa expressão e elucidava quementalizando-a, estariam colaborando consigo mesmo (a) na homeostase orgânica. Infelizmente, não tive a oportunidade de mensurar o quanto a visita contribuiu para a recuperação na UTI, porém, os colegas enfermeiros relatavam que os pacientes contavam a respeito do encontro como medida que os auxiliava nesse processo.

As complicações pós-cirúrgicas podem ocorrer nas primeiras horas ou em outros momentos do pós-operatório tardio. Pesquisas esclarecem a relação estreita entre ansiedade e depressão em pacientes com patologia cardiovascular. O prolongamento da internação, o aumento do risco de infecções e de mortalidade são alguns dos apontamentos relativos à sintomatologia depressiva (COSTA, 2008).

O tempo médio de permanência hospitalar dos pacientes submetidos a cirurgias de origem cardíaca torna-se variável e dependente de alguns fatores como:

patologia que originou a intenção cirúrgica, comorbidades, nível de atenção multiprofissional (fisioterapia, nutrição) em todas as fases da estadia hospitalar entre outros. Atualmente, tem-se por premissa restaurar o indivíduo em menor tempo possível à vida útil evitando assim os riscos infecciosos, exposição desnecessária a outros eventos cirúrgicos e redução dos custos institucionais.

Técnicas cirúrgicas com auxílio da robótica e outras minimamente invasivas garantem a redução do tempo médio de internação em até 50% comparado às técnicas tradicionais (GONZATTO, 2011).

A alta hospitalar constitui-se peculiar por toda a representação biopsicossocial que possui para o paciente, familiares e equipe de saúde. Comumente, há comoção por parte dos envolvidos na trajetória de vida e recuperação intra-hospitalar. Porém, ao lado das comemorações naturais deste momento encontra-se também a preocupação quanto aos cuidados a serem desenvolvidos no domicílio.

Geralmente os profissionais de saúde por não aderirem ao plano de alta hospitalar executado a partir do momento da internação, relegam as informações para o último dia, quando não raro para os últimos instantes de contato com o cliente/familiares enquanto aguardam o profissional responsável pelo transporte entrar no quarto.

Nessa oportunidade as orientações oferecidas são múltiplas e verbais trazendo óbices ao entendimento e compreensão, o que contribui para a ocorrência de erros (POMPEO et al., 2007). É comum o repasse de informações em linguagem técnica e automatizada desconsiderando o indivíduo como portador de necessidades íntimas que o diferem de todos os outros pacientes.

Estudo descritivo que utilizou amostra de conveniência e entrevistou 43 pacientes com alta assinada, obteve como resultado a informação de que 72,08% dos clientes não foram orientados pelo enfermeiro no processo de alta institucional (POMPEO et al., 2007).

Destaca-se a necessidade de reflexão por parte dos profissionais de enfermagem de nível superior, quanto ao desempenho de seus papéis junto àqueles que traduzem o seu existir na rede de saúde. O enfermeiro como subsidiador de ações promotoras de saúde deve conscientizar-se quanto a importância da educação em uma perspectiva dialógica e considerar a unicidade do ser.

Algumas equipes médicas disponibilizam um manual de orientações pós-alta hospitalar com desenhos explicativos e outros recursos didáticos que auxiliam a

compreensão por parte do paciente, especialmente se este não souber ler e escrever. Geralmente, o manual é entregue pelo médico ou equipe de enfermagem acompanhado do receituário medicamentoso e data para consulta de retorno. O cunho informativo abrange as necessidades fisiológicas e de recuperação somática com múltiplos dados.

Enfermeiros que acompanhavam a primeira consulta de retorno ambulatorial em pacientes revascularizados investigaram as orientações recebidas pelos mesmos na alta institucional. Foram entrevistados 23 pacientes, dos quais 17 referiram que gostariam de receber orientações esclarecedoras a respeito do cuidado em casa (CARVALHO et al., 2008).

A ausência de comunicação entre os enfermeiros dos diferentes níveis de atenção foi percebida durante toda a minha vivência hospitalar. Acredito que apoiados na atenção primária, os enfermeiros do nível secundário e terciário deveriam utilizar com maior frequência o intercâmbio de informações traduzidas pela proposta governamental de referência e contra-referência, permitindo maior conhecimento da realidade vivenciada pelo paciente e familiar e a tão propagada integralidade do cuidado em enfermagem.

Ao trocar informações concernentes ao Processo de Enfermagem desenvolvido nos ambientes de atenção à saúde valorizamos o saber/fazer da profissão, o que contribui para maior autonomia e reconhecimento social.

O conhecimento da origem dos recursos que o usuário dispõe tais como o mundo-vida anterior a internação, a possibilidade de acompanhamento e visita em domicílio pelo profissional de saúde constituem fatores agregadores da ação profissional do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar, que resulta em maior eficácia e eficiência no direcionamento do ser que volta para casa.

O aspecto biomédico da cirurgia cardíaca é bastante ressaltado, mas quanto as abordagens sobre o cotidiano após a alta hospitalar ainda existem lacunas na literatura.

Faz-se mister o destaque às consultas de enfermagem ambulatoriais e o acompanhamento pelos profissionais da atenção terciária aos clientes operados em outras cidades. Em Juiz de Fora, não temos este tipo de atendimento nos centros que realizam cirurgias cardiotorácicas.

Com o objetivo de verificar a influência do protocolo de consultas de enfermagem relacionado à ansiedade e depressão, enfermeiras propuseram um

ensaio clínico randomizado desenvolvido em um ambulatório de um Hospital Público referência em cirúrgica cardíaca (CARVALHO et al., 2008). No grupo controle, as pesquisadoras avaliaram os clientes no dia anterior à alta hospitalar e após seis meses da intervenção cirúrgica. No grupo intervenção, os pacientes foram avaliados e orientados no dia anterior à alta hospitalar e acompanhados através do protocolo de consultas de enfermagem a cada um, dois, quatro e seis meses. Antes de saírem do hospital, todos os pacientes foram submetidos à Escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD). Os resultados evidenciaram que os indivíduos acompanhados de acordo com o protocolo de consultas de enfermagem tiveram menor percentual de ansiedade e depressão após seis meses de acompanhamento (LIMA, 2010).

Sentimentos de depressão e ansiedade após a alta hospitalar podem ser atribuídos a uma série de fatores que vão desde a autoimagem alterada pela necessidade de convalescência a aspectos sociais como a impossibilidade momentânea na execução de tarefas anteriormente realizadas. A autoestima nestes casos pode também encontrar-se diminuída. Nasce então à perspectiva de apoio social e *coping*, termo referente ao enfrentamento e autoajuste ao momento vivenciado.

No tocante ao gênero é possível encontrar diferenças significativas entre o sentir do homem e da mulher em relação à ruptura com o cotidiano após a volta ao domicílio. Para as mulheres o medo do desamparo familiar, o temor em morrer e deixar filhos, cônjuges e netos são evidentes. Nos homens o desafio permeia a perda da identidade pessoal por se sentirem inativos (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006).

Apontamentos sustentados por pesquisa qualitativa revelam que romper com o cotidiano altera a autoestima, a autoimagem e a capacidade de recuperação feminina. Os familiares também são afetados porque na maior parte dos núcleos domésticos a mulher é responsável pelo gerenciamento do lar. Com sua ausência, as atividades são realizadas pelos outros membros da família (SANTOS; ARAÚJO, 2003). Ao vivenciar a cotidianidade após submeterem-se à cirurgia cardíaca muitas tarefas que lhe eram atribuídas e fenomenalmente faziam-na se sentir presente estão suspensas pela necessidade de recuperação.

Considero pertinente volver o olhar para o cotidiano após o procedimento cirúrgico cardíaco a fim de repensar o cuidado nas três esferas de atenção a saúde

e aproximar a enfermagem daquele que deve ser o foco de cuidados: o ser com um coração a ser operado, operando, pós-operado e que um dia foi operado!

A subjetividade dos fatores psicoemocionais direciona a reação frente ao processo de adoecimento e posterior reabilitação. Permitir que a mulher expresse seu pensar/sentir em um dia a dia diferente do anterior a cirurgia possibilita descobertas importantes para o enfermeiro, uma vez que nesta perspectiva o cuidado se dá a partir de quem ela (paciente) é e por consequência do que ela tem (patologia).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

3.1 Abordagem metodológica

Refletindo acerca da abordagem que responde às minhas inquietações lancei-me ao desafio de estudar um método que considere o ser humano como um todo. Elejo o estudo de natureza qualitativa de abordagem fenomenológica do dia a dia da mulher após uma cirurgia cardíaca como norteador desta pesquisa, por permitir conhecer os significados e desvelar os sentidos que tal fenômeno apresenta.

Diante das ciências que circunscrevem o homem apenas à esfera física, percebo-me com um olhar investigativo que busca estar e ser com o outro, em uma perspectiva de parceria que se dá a partir da existência das depoentes, sendo-no-mundo como presença do dia a dia.

A importância de conhecer as manifestações fenomenais do processo saúde-doença reside na melhoria da qualidade de relação entre o profissional, o paciente, sua família e a instituição aonde acontecem o cuidar. A promoção de maior adesão às terapêuticas ministradas individualmente ou em âmbito coletivo associado à compreensão dos sentimentos, pensamentos e comportamentos dos sujeitos-clientes e de todos os que o cercam também se constituem objetivos essenciais possibilitados por esta abordagem metodológica (TURATO, 2005).

Os métodos qualitativos são aqueles capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2004).

Neste contexto, ao lidar com questões existenciais dos pacientes, a enfermagem tem na fenomenologia uma importante reflexão para o seu pensar e fazer, pois esta abordagem contribui na compreensão das singularidades sem perder de vista toda a objetividade também imbricada no processo (TERRA et al, 2006).

Assim,

“o enfoque fenomenológico compreende o humano enquanto ser no mundo, na situação de estar lançado sendo presente e presença. A presente abordagem possibilita-nos, ser no modo do crescimento pessoal e profissional, sobretudo à compreensão do ser, em sua subjetividade enquanto ser ex-sistencial, valorizando-o e se permitindo ser presença no lidar com-o-outro, considerando-o em sua vivência, a seu modo, o ser-em-si” (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008, p. 256).

Utilizando-se deste referencial os enfermeiros-pesquisadores podem dar voz ao ser do humano, visibilidade aos fenômenos por ele vividos e possibilitar, portanto um cuidar a partir de sua essência (ALMEIDA et al., 2009).

Estudos (LOPES; SOUZA, 1997; LOPES; OLIVEIRA; DAMASCENO, 1996; MONTEIRO et al., 2006; GRAÇAS; SANTOS, 2009; MOREIRA; SALES, 2010) que adotam uma postura reflexiva e atenta perante o paciente, compreendendo seus sentidos ora velados, ora desvelados, encontram apoio epistemológico na filosofia de Martin Heidegger, que eideticamente trata da questão existencial do Ser.

Deste modo, me aproximo deste pensar e busco através de conversas íntimas com o meu ser-em o encorajamento e a perseverança necessários para apreensão dos conhecimentos heideggerianos, confiante nas possibilidades de êxito.

3.2 Referencial Filosófico – Fenomenologia

A fenomenologia surge no início do século XX, na Alemanha com Edmund Husserl influenciado pelas ideias de Platão, Descartes e Brentano. Destacam-se como pensadores fenomenólogos apoiados nas concepções de Husserl: Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Os dados imediatos da consciência e a raiz de que se nutre são os pontos de partida da fenomenologia. Busca o conhecimento do fenômeno e seus significados essenciais de modo interrogativo, radical e inacabado. Este é tudo aquilo que aparece, daquilo que é dado (SILVA; LOPES ;DINIZ, 2008).

Também é o que se percebe, em que se pensa, do que se fala,o que se conjuga e se une com o ser de que é fenômeno (COLTRO, 2000).

O método fenomenológico aplica-se ao mundo vivenciado no cotidiano (COLTRO, 2000) sendo que a descrição sem a necessidade de explicação

prevalece neste referencial, pois compreende a indissolubilidade entre o objetivo e o subjetivo do ser do humano.

Mostra-se como contribuição valiosa para a enfermagem na medida em que busca revisitar os primórdios da arte do cuidar ao se colocara favor do serem detrimento da doença experimentada por ele. Imperioso resgatar a tradição do cuidar com maior humanização em tempos de alta tecnologia, através da descrição que permite voltar o nosso olhar habitual às coisas nelas mesmas (HEIDEGGER, 2011).

Os valores, crenças e comportamentos adotados pela sociedade em que vivemos muitas vezes nos conduzem despercebidamente a atuar como coadjuvantes da nossa existência e agir por indução. Até o momento em que se depara com o questionar do próprio corpo, convidando-nos a retomar o lugar de protagonista de nossas vidas. Nesse sentido, a essência emerge e mostra-se com o outro que compartilha deste momento, na intersubjetividade.

Este é o compromisso da corrente fenomenológica: de ir além daquilo que é demonstrado, de buscar o fundante presente em todo o comportamento humano a fim de descrevê-lo (LOPES; OLIVEIRA; DAMASCENO, 1996).

Esta descrição dos atos intencionais da consciência constitui-se o rigor do método uma vez que toda consciência é direcionada a um determinado fenômeno, o qual o pesquisador deseja investigar a fim de desvelar seu sentido (COLTRO, 2000).

Assim, considerei a possibilidade de ir ao encontro da mulher em seu mundo-vida após o enfrentamento de um processo cirúrgico de origem cardíaca, iluminando este objeto de pesquisa em Martin Heidegger que estudou a existência humana em seu cotidiano.

Senti-me responsável por adotar uma postura fenomenológica no sentido de reduzir preconceções a fim de descrever e interpretar o que vier a se mostrar, compreender os significados implícitos e explícitos da sua expressão verbal e não verbal traduzida e manifesta pela fala, pelo olhar, no silêncio, no suspiro, no sussurro, no grito.

O meu pré-reflexivo combina o que trago da academia e da cardiologia como especialidade somada ao vivido junto daqueles de quem cuidei.

Heidegger (2011) elucida que a posição prévia consiste na atitude do pesquisador de colocar em suspensão todo e qualquer pré-conceito, julgamento e inferência a respeito do objeto que se deseja estudar. Ao realizar a epoché, o

investigador coloca entre parênteses o que se revela como pré-reflexivo e possibilita o desvelar fenomênico.

3.3 O Filósofo Martin Heidegger

Ao me aproximar timidamente das considerações filosóficas de Heidegger encontro alguns óbices à minha parca linguagem diante da riqueza de pensamento e de vocabulário utilizados por ele. Porém, ao lado da inquietude que me move em direção ao entendimento, percebo-me profundamente identificada com o sentido ontológico da proposta heideggeriana.

Nascido em 26 de setembro de 1889 na Alemanha tornou-se discípulo de Husserl em 1915. Dedicou-se ao estudo da fenomenologia na compreensão do ser. Heidegger aproximou-se tanto do pensar fenomenológico que nos primeiros anos após a 1ª Guerra Mundial, Husserl declarou: “A fenomenologia somos eu e Heidegger” (GILES, 1989, p. 84). Ao desenvolver um método próprio de análise e interpretação, buscou compreender os entes dotados do ser da presença e seu sentido de ser em sua existência (HEIDEGGER, 2011).

O filósofo Martin Heidegger em sua maneira de pensar considerou a descrição dos fenômenos que envolvem o Ser a partir das interrogações e questionamentos daquilo que permanece fundamentalmente velado, partindo do ponto de que o que se manifesta por si, pode por vezes permanecer oculto no ir e vir cotidiano na movimentação de ser do ente sendo-no-mundo.

Ao perscrutar esta questão, Heidegger adota um caminho metodológico que revele o *como* do Ser e forneça o apoio necessário para o pesquisador estar próximo e em contato com as próprias coisas, na interposição dos interesses de compreender e manifestar.

Para tal, redige a obra *Ser e Tempo* em 1926, dedicando-a a seu professor Edmund Husserl. Nela, traduz expressões próprias acerca de seu pensamento filosófico, que procuro trazer nos próximos parágrafos.

O ser para Heidegger é a presença, o manifesto, o percebido, o compreendido e o conhecido para “o ser-aí” ou *Dasein*. Então, o homem é *Dasein* e está lançado no mundo. Na busca de compreender o ser do humanodenominou as pessoas de

“ente privilegiado”. O ente privilegiado então é pre-sença no mundo e sendo no mundo compreende-se como ser de possibilidades (HEIDEGGER, 2011).

As expressões ôntico e ontológico são delineadas no pensamento heideggeriano. O ôntico representa tudo que é “percebido, entendido, conhecido de imediato. É a compreensão cotidiana, factual do ser em que nos movemos. É a dimensão do ser-aí envolvido na cotidianidade” (GILES, 1989, p. 378).

Já o ontológico é “o que origina toda manifestação ôntica e lhe confere um sentido. São as diferentes possibilidades de ação do ser-aí junto às coisas e aos outros, não no sentido do que é manifesto, mas do que possibilita toda manifestação” (GILES, 1989, p. 378).

A ontologia pretende pela hermenêutica fenomenológica desvelar o que está velado no homem: o seu Ser em seu sentido fundante. Esta compreensão mostra a essência deste ente que para o filósofo é também sua existência. Para realizar este movimento convida-nos à *destruição*, como ação de atentar ao que nos inquieta no Ser do ente.

A par das considerações expressas como pontos íntimos de inquietude, busquei os significados que as mulheres imprimem em seus cotidianos, por compreender que na cotidianidade estamos no mundo dos fatos, como entes que se expressam em suas existências sendo-aí-com-outros, relacional e temporalmente. Este tempo fenomenológico constituído pelo ser destitui-se de cronologias previsíveis e mensuráveis.

Heidegger filosofa a partir do cotidiano em que o *Dasein* se movimenta em sua *existência*, adotando modos-de-ser-aí.

“A ex-sistência, para o filósofo, se constitui de três aspectos – a facticidade, como o *estar-aí*, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas; a decadência como modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal e caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambigüidade; e a transcendência, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido” (MONTEIRO et al., 2006, p.299)

O conceito de mundo para Martin Heidegger permeia a condição existencial e ontológica da mundanidade e o homem é ser mundano ex-sistindo como ser de possibilidades. O mundo público é o mundo de todos nós, de convivência e experiência. Já o mundo circundante é representado pelo mundo que alcançamos, adaptando-nos, sendo presente e presença. No mundo próprio, do “ser-si-mesmo”, encontra-se o sentido velado (SILVA; LOPES; DINIZ, 2008, p. 256).

Em nossa vida diária, estamos condicionados ao fazer social ditado por regras clássicas. Raras vezes nos damos conta de revelar o que sentimos de forma *autêntica*, aproximando-nos de nós mesmos. Essa impropriedade e impessoalidade para Heidegger nos leva à *decadência* da presença.

Permeado pela *curiosidade* acerca das novidades mundanas o ser humano manifesta-se no cotidiano com *inautenticidade*. Mediante o discurso alheio reproduzido mecanicamente, o *fatalório* constitui-se um dos modos de expressão do ser superficialmente ditado pelo outro e compartilhado por todos. Expressa nossa limitação ao compreender o mundo a partir do senso comum, exprimindo-nos medianamente (OLIVEIRA; CARRARO, 2011). Por não perscrutarmos a radicalidade dos fatos e dos sentidos, adotamos o caráter da *impermanência* originado pela *curiosidade* e reafirmado pelo *fatalório*.

Revelando-se familiar, o mundo nos dá a impressão de já estar pronto e acabado, resultando desse ponto a nossa pré-compreensão das coisas. O *Dasein* experimenta a *ambiguidade* quando pensa que conhece a si mesmo e ao outro, quando na verdade não se apropria fundamentalmente de nada. O contrário também ocorre. Em muitas situações do cotidiano, o que não parece compreendido no fundo já foi. Assim o é quando sabemos falar sobre o que ocorre, do que pode acontecer e o que fazer diante de tal ou qual situação (FRANÇA, 2006).

Sendo-no-mundo, o Ser-aí se conscientiza acerca da realidade que o permeia utilizando de *preocupação* e *solicitude*, em movimentos de abertura compreensiva e solidária. Mesmo quando não realiza estes movimentos, ainda assim é ser-com-outros na *ocupação* com os *utensílios* e com os demais seres-aí, movidos pela *tentação* que os leva à *de-cadência*.

Como o agir inautêntico está presente na cotidianidade e o voltar-se a si mesmo possui o caráter de ameaça, o ser disponibiliza-se para o *temor*, um modo impróprio e ôntico em que se teme um ente intramundano que circunda o *Dasein*.

O temor revela a possibilidade da *angústia* diante do *espanto*, compreendido como algo que nos causa admiração. Ontologicamente, a *angústia* remete à possibilidade de sair da estabilidade cotidiana em direção ao fenômeno original, “primordial para a posição do homem frente aos acontecimentos que lhes advém em sua relação com o mundo” (SOUSA, 2007, p. 04).

Para Heidegger:

“Na presença, a angústia revela o ser para o poder-ser mais próprio, ou seja, o ser-livre para a liberdade de escolher e acolher a si mesma...[...], para a propriedade de seu ser enquanto possibilidade de ser aquilo que já sempre é” (2011, p. 254).

O conceito de *morte* também é abordado pelo autor de *Ser e Tempo*, caracterizando o reconhecimento do fim da existência como a mais própria possibilidade do ser-aí (SANTOS, 2006, p. 198).

3.4 Momentos metódicos da analítica existencial de Heidegger

A corrente fenomenológica enfatiza os significados que os homens conferem às coisas e fatos do cotidiano manifestos pela *linguagem*. Compreendendo o método em Heidegger temos como princípio o discurso, no qual o investigador questiona o depoente e “este responde significando o perguntado” (MONTEIRO et al., 2006, p. 299).

Para isso, utiliza-se da Entrevista Fenomenológica que possibilita a abertura para a expressão do outro pela linguagem verbal e não verbal, onde aquilo que é falado e manifesto gestualmente devem ser considerados pelo entrevistador. Segundo Heidegger:

“Todo questionar é um buscar. Toda busca retira do que se busca a sua direção prévia. Questionar é buscar cientemente o ente naquilo que ele é e como ele é...[...], como atitude de um ente que questiona, o questionar possui em si mesmo um modo próprio de ser” (2011, p. 40).

A respeito deste modo próprio de ser, a entrevista configura-se como um “encontro social” (SALIMENA; SOUZA, 2010), em um movimento singular que deve ser permeado por “intersubjetividade e empatia” (MARTINS; BICUDO, 1989; SIMÕES; SOUZA, 1997). O comportamento empático envolve a disposição em colocar-se no lugar do outro demonstrando respeito e apreciação pelos seus sentimentos e perspectivas.

Após o encontro com os depoentes, o investigador deve lançar-se em busca dos significados expressos pelos interrogados a partir das suas vivências em uma *compreensão vaga e mediana* proposta por Heidegger como primeiro momento metódico da analítica existencial.

A elaboração do *fio condutor* se dá após a identificação das unidades de significação em suas interseções, e culmina no conceito do vivido que direciona o sentido do ser.

O segundo momento metódico é constituído pela hermenêutica, processo interpretativo do aspecto ontológico significado pelo ser no mundo. Para revelá-lo há necessidade de reflexões exaustivas e contínuas sobre as respostas advindas dos depoimentos manifestos e percebidos pelo investigador. Nesse sentido, a interpretação é antes de tudo “anunciar o ser do ente de tal maneira que o próprio Ser venha a parecer” (SALIMENA, 2007, p. 91).

3.5 Trajetória do estudo

O cenário do estudo foi o Hospital Dr João Felício, Instituição Hospitalar de médio porte da Zona da Mata Mineira com cadastramento atualizado para a realização de procedimentos de alta complexidade cardiovascular.

O Hospital em questão oferece atendimento de urgência e emergência, clínica médica, traumatologia e realiza cirurgias de alta complexidade como: cirurgias cardíacas (revascularizações miocárdicas, trocas valvares, correção de defeitos congênitos e implantes de marcapasso) e transplantes renais, contando com uma média de duas intervenções cirúrgicas cardiovasculares por semana. É também Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Solicitou-se autorização formalizada da Direção Técnica da Instituição para o desenvolvimento do estudo. Recorreu-se ao livro de registros cirúrgicos (Anexo I), a fim de colher dados das mulheres submetidas à cirurgia cardíaca no primeiro semestre do ano de 2011. A partir deste registro obtido no Centro Cirúrgico e também junto à Comissão de Prontuários, colheram-se os dados relativos ao endereço e contato telefônico, além de outras informações concernentes às propostas desta pesquisa.

Neste primeiro momento optou-se por não obter dados além dos seus nomes e contatos residenciais/telefônicos, permitindo assim a suspensão de pressupostos acerca do procedimento, tempo de internação e intercorrências, entre outras informações do perioperatório.

O projeto de pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o Parecer número 304/2011(Anexo II). Foi desenvolvido em consonância com a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

3.6 As depoentes

As participantes do estudo constituíram-se de dez mulheres submetidas à cirurgia cardíaca considerando o recorte temporal anterior à Julho de 2011.

Os critérios de inclusão foram a faixa etária superior a 18 anos e estarem com mais de três meses da alta hospitalar. Os critérios de exclusão compreenderam a negação em participar da investigação proposta, estar fora da faixa etária e com menos de três meses de alta hospitalar.

As participantes foram previamente informadas sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas, de forma a resguardar e preservar os direitos e a sensibilidade dos informantes.

Esclareceu-se que a interrupção da participação poderia acontecer a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo ou dano. Todos estes itens estavam descritos de forma simples e clara no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) elaborado em duas vias, sendo uma para o participante e uma para a pesquisadora. Somente mediante a aceitação e assinatura deste, foi colhido e registrado seu depoimento, bem como explicitado que apesar de se tratar de uma pesquisa de risco mínimo (devido ser somente coleta de depoimento), havendo algum dano, este seria de responsabilidade das pesquisadoras.

Para o desenvolvimento do estudo foi realizado o contato telefônico com as mulheres submetidas à intervenção cardíaca convidando-as à participação e agendando o encontro em seu ambiente residencial em dia e horário que melhor lhes conviesse. As informações foram obtidas através de entrevista aberta e norteada pelas questões: Como está sendo o seu dia a dia após a cirurgia cardíaca? A senhora gostaria de falar mais alguma coisa? Ressalto que as primeiras entrevistas serviram como um teste da questão inicialmente proposta.

A identificação das depoentes deu-se por meio de nomenclatura da flora brasileira, sendo apresentada a cada uma delas uma lista que permitiu a livre escolha do pseudônimo.

Os depoimentos foram gravados em Mp3, objetivando-se total fidelidade e logo após, transcritos na íntegra. Posteriormente a cada encontro foi realizado o registro das observações no diário de campo, especialmente aquelas relacionadas à linguagem não verbal contida nas expressões, interjeições, gestos e emoções.

Os depoimentos foram colhidos até o momento que não estavam surgindo informações diferenciadas. Acredita-se que as sucessivas e atentas leituras dos

mesmos e do diário de campo possibilitaram a captação das estruturas essenciais que subsidiaram a análise compreensiva vaga e mediana do ser-aí-mulher e nortearam o caminhar em direção à hermenêutica sustentada a partir do pensamento de Martin Heidegger.

3.7 Os depoimentos

Desde a consolidação do objeto de estudo em meu íntimo ansiava pela etapa de campo, na qual estaria frente a frente com aquelas que significariam em suas linguagens a busca dos fenômenos presentes no cotidiano após uma cirurgia cardíaca.

No contato telefônico ao abordar a futura depoente e explicitar o motivo da ligação e da intenção em entrevistá-la, experimentei sensações diversas. Enquanto algumas entendiam a proposta rapidamente e se dispunham a colaborar com a pesquisa, outras bastante desconfiadas solicitavam um tempo maior para pensarem e conversarem com suas famílias. Recordo-me de uma mulher em particular que tive de entrar em contato por mais de quatro vezes a fim de saber se poderia ou não colher seu depoimento.

Vibrava de alegria a cada “sim” recebido e agendando para o dia e horário que melhor se ajustava às necessidades delas. Procurava ser pontual e abordá-las de maneira empática, intersubjetiva e natural. Encontrá-las em seus domicílios ofereceu a oportunidade de estar mais próxima às suas realidades podendo ter uma noção acerca dos seus hábitos, trejeitos, do seu modo de ser sendo-no-mundo mesmo que por instantes fugazes.

Oferecer um pseudônimo de flor foi estratégia valiosa, pois a simbologia feminina contida nesta comparação metafórica traz um tom de sensibilidade, inerente à condição de ser mulher. Todas demonstraram gostar muito do fato de serem representadas por um elemento da flora que elas apreciavam.

Quando escolhiam um pseudônimo que já havia sido preferido por outra depoente manifestavam-se contrariadas levando algum tempo para decidir acerca de uma segunda opção. A partir daí, referia-me a elas por tal pseudônimo o que as agradava, evidentemente.

Um dos encontros ocorreu fora da residência da mulher por motivo de sua vinda a Juiz de Fora para realização de exame imagenológico (ecocardiograma). Procuramos um local reservado e agradável próximo da clínica onde estava. As manifestações do ser de fato se dão a todo o momento, como neste exemplo onde

estar fora de casa depondo sobre si mesma em um ambiente até então desconhecido não representou empecilho de qualquer matiz para a expressão de suas vivências e emoções. Esta entrevista foi a de maior duração!

Pude perceber o gestual característico a cada uma das depoentes, o movimento das mãos apertando-as quando relatavam suas angústias e temores. Manifestações peculiares acerca das pessoas que circundavam seus mundos-vida eram por mim notadas e anotadas no diário de campo para posterior complementação à escuta atenta, própria do movimento de análise compreensiva.

Assim, falando, chorando, gritando ou sussurrando, as mulheres expressaram alguns significados do seu cotidiano após a vivência de uma cirurgia de alta complexidade, como a cirurgia cardíaca. Até mesmo no silêncio suas linguagens puderam ser ouvidas, pois como afirma Heidegger:

“... o silêncio possui o mesmo fundamento existencial. Quem silencia na fala da convivência, pode dar a entender com maior propriedade...”
(HEIDEGGER, 2011, p. 227)

Conforme explicitado, procurei não ter informações prévias do período perioperatório. Visitei-as sem nem ao menos saber qual tipo de intervenção cardíaca haviam sofrido para que emergissem delas as situações que conviessem serem mencionadas. Uma das maneiras que encontrei então foi a de obter apenas dados relativos às identificações pessoais. Após os depoimentos colhidos, voltei ao ambiente hospitalar a fim de complementar as informações expressas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Apresentação das depoentes segundo idade, data da cirurgia, estado civil, tipo de cirurgia, data e local do encontro

Depoentes	Idade	Data da Cirurgia	Estado Civil	Tipo de Cirurgia	Data e local do encontro
Rosa	63 anos	18/08/2010	Casada	Reconstrutora	03/12/2011 Juiz de Fora
Margarida	58 anos	30/08/2010	Casada	Reconstrutora	03/12/2011 Paula Lima

Violeta	56 anos	10/03/2011	Casada	Reconstrutora	07/12/2011 Juiz de Fora
Bromélia	26 anos	05/10/2010	Casada	Substitutiva	14/12/2011 Juiz de Fora
Hortênsia	52 anos	04/05/2010	Casada	Reconstrutora	16/12/2011 Santos Dumont
Orquídea	58 anos	20/01/2011	Casada	Reconstrutora	16/12/2011 Rio Pomba
Lírio	59 anos	28/06/2010	Viúva	Corretora	17/12/2011 Valadares
Ipê Roxo	20 anos	26/01/2011	Solteira	Substitutiva	20/12/2011 Juiz de Fora
Ipê Amarelo	63 anos	26/05/2010	Casada	Reconstrutora	17/12/2011 Juiz de Fora
Begônia	75 anos	10/01/2011	Viúva	Reconstrutora	31/01/2012 Juiz de Fora

Fonte: A autora

“À medida que se desdobram as capacidades do silêncio interior e captação das delicadas interferências, mais se afirma a soberania parafísica, demonstrando ser ela o agente das ocorrências no plano sensorial.”

Joanna de Ângelis

Divaldo Pereira Franco

4 ANÁLISE COMPREENSIVA

4.1 Historiografia

Considerando a abordagem do referencial filosófico-teórico-metodológico adotado neste estudo, sinto a necessidade de trazer o encontro existencial que vivenciei com as depoentes em uma tentativa de transmitir para a escrita um pouco do *quem* das mulheres que significaram suas possibilidades de ser-aí.

Rosa, a primeira flor demonstrava toda a sua apreensão ao receber-me. Afinal, só havíamos nos comunicado por telefone. Perguntei-lhe se estava disponível naquele momento entendendo que apesar de marcado poderia haver algum imprevisto de sua parte. Ela disse que estava pronta para conversarmos. Chamou-me atenção sua postura corporal curvada para frente, caminhar lento, dificultado, amparando-se nas paredes de acesso ao portão. Havia em sua linguagem um jeito simples de se expressar, um falar manso característico das flores que se abrem aos poucos. Convidada, entrei no santuário doméstico de Rosa. Sentamos no sofá lado a lado. As netas brincando em nosso redor. Apresentei o dispositivo eletrônico de gravação. Ela não se importou. Ao iniciar a fala, não consegui completar a frase. Seus lábios articularam as primeiras palavras manifestando vários sentimentos que assomavam no dia a dia. Momentos de silêncio profundo ocorreram. Lágrimas banharam sua face, apertava as mãos como que desejando segurar-se, impedir-se.

Denotava tanta angústia com a atual situação de vida. Constantemente mencionava o marido, companheiro que segundo ela desvelava-se nos mínimos cuidados.

Margarida esperava-me debruçada no portão, de longe acenou e presenteou-me com um largo sorriso. Caminhei em sua direção de braços abertos e abraçamos-nos como conhecidas de longa data. Seu sorriso jovial não condizia com a idade cronológica e manifestava-se em quase todas as falas. Conheci sua residência e permanecemos na sala. A escolha do pseudônimo foi pontual: “Quero ser Margarida!” E assim abrimos o diálogo na direção do seu dia a dia. Percebi que se inquietava com a presença do gravador e trouxe o dispositivo para mais perto de

mim, transpondo-o para o outro lado. Foi nítida a melhora de sua expressão facial. A fala e o gestual de Margarida eram velozes, evidenciando toda a sua ansiedade em expressar-se. Quando uma de suas filhas chegou e tentou participar do encontro, a flor murchou, manifestando contrariedade pelo desejo nítido de querer ser a única a falar de si mesma. Quando se anunciava o fim do depoimento, suas mãos ávidas aquietaram, o tom verbal se modificou e verbalizou sobre sua fé em Deus, emocionando-se. Não pude sair sem um café, esta foi sua condição, uma espécie de critério de inclusão para qualquer um que adentrasse seu universo. Sorrindo, nos despedimos.

Violeta, flor de raízes sensíveis, chegou à sala de visitas depois que eu já me encontrava sentada. Fui recebida por sua irmã. Solicitou que ficássemos à mesa, uma de frente para a outra. Iniciamos a conversa. Esta flor-mulher tem aparência jovial e um modo de falar próprio daquelas pessoas que gostam de se expressar. Falar sobre si mesmo não era um “bicho de sete cabeças” segundo a depoente. Violeta tinha uma vida muito ativa anteriormente e a falta que sente da antiga patroa é notória em sua verbalização. Seus olhos claros por vezes ficavam marejados. A emoção ao falar de seus filhos foi expressa pelo gesto de levar as mãos ao rosto na tentativa de conter as lágrimas que vertiam. Em alguns momentos, Violeta brindou-me com gostosas gargalhadas ao relatar momentos cômicos do seu dia a dia. Posteriormente à entrevista, já na hora de ir embora, confessou que sentia falta da vida de antes, direcionando o olhar para o horizonte como a buscar esperança de um dia voltar a ser o que era.

Bromélia, uma jovem e tímida flor, recebeu-me de maneira bem reservada. Sentamos em seu sofá lado a lado. Mostrava-se inquieta e suas mãos denunciavam-na, friccionando uma na outra sem cessar. Abrindo o diálogo com a questão norteadora, esta flor respondia-me através de frases curtas. Falava com reserva, porém sorria ao final de cada momento do encontro. Impedida de trabalhar, experimentava a indecisão com fato de voltar ou não à lide. Rememorando atitudes após a alta hospitalar que considerou como “arte”, percebia o brilho no olhar peculiar àqueles momentos em que fazemos o que temos vontade, sem temer.

Hortênsia, uma flor mais experiente, levou-me até sua residência após atravessar um bonito jardim. Permanecemos sentadas no sofá e conversamos. A simpatia desta flor, pequena em estatura mas de grande sabedoria, encantou-me. Falou de seu esposo, filhos, dos afazeres que estavam suspensos no momento, da

saudade que sentia de trabalhar na igreja. Em momento significativo de silêncio percebi o quanto era desafiador falar dos seus sentimentos. Emocionou-se ao mencionar a fragilidade atual do seu corpo, levando a mão ao lado esquerdo do peito como que responsabilizando o coração. Preocupada com o meu bem estar, ofereceu-me tudo o que tinha em casa e diante da minha negativa, não se contentou. Tive de ingerir ao menos um copo de água. Solícita, Hortênsia acenava sorridente do portão até o meu veículo dobrar a esquina.

Desloquei-me de Juiz de Fora em direção ao endereço de Orquídea. Ao encontrá-la na calçada a primeira exclamação: “E não é que você veio mesmo!”. Ela chegava de seu trabalho em traje discreto e elegante. Ficamos próximas à cozinha, em uma espécie de ante-sala bastante confortável. Aliás, Orquídea deixou-me confortável durante todo o tempo do encontro. Percebi grande abertura desta flor, especialmente quando mencionava suas emoções. Para ela a maior mudança foi justamente a condição de sentir-se mais emotiva no dia a dia. Quando comparou a solicitude do marido e dos filhos, mostrou-se incomodada com o cônjuge enfatizando o que dizia em um tom aumentado de voz. Em outros momentos falava de seus medos relativos a uma reoperação e de ter de voltar à UTI. Nestes, sua face denotava expressões de susto e angústia. Orquídea me levou até o carro e abraçou-me fraternalmente desejando sucesso.

Quando avistei Lírio em trajes de ginástica pensei nas possibilidades de ser-aí no mundo. De maneira tranquila caminhou em minha direção e convidou-me para entrar em seu lar. Sentamos no sofá tendo entre nós sua neta. Antes de ligar o gravador começou a contar-me de seus dias atuais culminando em uma manifestação emotiva intensa ao falar de seus filhos. Percebi tamanho valor gregário em suas falas a ponto de todo o seu depoimento conter o tema familiar. Mostrou-se desconfortável ao mencionar os momentos de internação. Sua fala era composta por expressões que denotavam uma personalidade forte e ao mesmo tempo conformada, especialmente em relação à condição de aposentadoria. O pseudônimo escolhido guardava esta semelhança com a depoente, pois o lírio é um forte candidato à rainha das flores.

Optar por ser identificada como uma árvore brasileira foi surpresa para mim. Mas ao longo do encontro com a depoente, entendi o significado de ter raízes fortes. Fui recebida por Ipê amarelo com desvelo e carinho. Dispôs a oferecer-me o local considerado mais confortável por ela. Ficamos sentadas lado a lado tendo seu

animal de estimação aos nossos pés. Vi à minha frente uma mulher ocupada com as atividades laborais, familiares e pessoais, buscando realizar tudo a tempo e contento. Seu falar detalhado sobre a cirurgia e a representatividade da convalescença para os dias atuais permeou boa parte do diálogo. Emocionou-se ao lembrar o zelo da família nos primeiros momentos. Sua expressão corporal mostrava a tranquilidade em falar de si mesma. Porém, quando o assunto caminhou para a possibilidade de finitude do corpo físico, Ipê Amarelo exibiu toda a sua angústia em lágrimas e soluços. Após desligar o gravador, a conversa continuou e a mulher confessou-me toda a revolta que ia em seu íntimo de ter de operar algo que repercutiria até os dias de hoje de um modo que ela não apreciava.

À maneira do pseudônimo escolhido, a depoente Ipê Roxo guardava beleza jovial e irradiante. Conversamos em meu carro, em um local próximo a clínica imagenológica na qual tinha de realizar um exame. Acadêmica da área de saúde evidenciou um linguajar técnico ao descrever determinados aspectos da cirurgia a qual foi submetida. Sua face alva corava-se quando da menção às restrições impostas por familiares e demais pessoas de seu convívio. Lamentou em lágrimas a partida do avô e neste momento de forte emoção, também expressou a fortaleza que encontrou na religião. Mostrava-se mais madura do que os outros esperavam que ela fosse em tão tenra idade. Firmava-se no propósito de ser quem era defendendo-se como podia diante das manifestações contrárias às suas. Por vezes silenciava, como que refletindo acerca do que iria responder e, quando o verbo fazia-se presente, externava tudo que lhe vinha à mente naquele momento, ora abaixando o tom de voz, ora fazendo-o de maneira mais grave. Neste depoimento, foi perceptível a dúvida da mulher quanto ao futuro. Quando se expressava neste modo temporal, abaixava a cabeça e embargava a voz, emocionando-me também.

Ao disponibilizar a cartela de flores para livre escolha, Begônia logo se adiantou. Olhou para um vaso de flores na janela da sala de estar e afirmou: “Olhe ali, sou eu, a Begônia!” Iniciou-se a partir daí um longo diálogo com momentos inusitados como o da presença de sua filha junto de nós. Mostrando-se fisicamente pouco à vontade, experimentava dificuldade em sentar-se e manifestava fâcias de dor com frequência. Entretanto, percebia em suas falas uma expressiva necessidade de contar sua história. Dotada de uma vontade singular de voltar a viver, repetia isso por diversas vezes de diferentes formas. Nestes momentos expressava-se com vigor, movimentando as mãos no ar como que a exigir que tudo fosse diferente.

Encantou-me a capacidade de detalhar os episódios do dia a dia, o humor com que mencionava tudo que lhe havia ocorrido e a busca incessante pela melhora física. Mostrou-se a vontade para manifestar os seus descontentamentos, inclusive com a filha que estava presente. Ao falar da condição de viuvez, expressou maior emotividade em lágrimas que os presentes naquela sala não conseguiram conter.

Assim, as flores/árvores/plantas deste jardim de pesquisa revelaram-se como entes que deram vazão às falas permeadas pela linguagem. Através do dito e do não dito, as depoentes originaram seis unidades de significação, compreendendo o sentido velado da pre-sença que fala sobre si.

Por meio de escutas atentas e incansáveis, buscou-se os significados das experiências e vivências a partir do real vivido. Procurando preservar a autenticidade do discurso, trago-os tais como se deram com redundâncias e equívocos ortográficos.

Ao ouvir inúmeras vezes os depoimentos e realizar leituras a fim de captar toda e qualquer nuance possível de revelar facetas do ser mulher, assomava em minha mente cada uma das depoentes e todos os movimentos que as permitiram externar emoções, sentimentos e sensações diversas.

Para iniciar a análise fiz um recorte dos momentos significativos dos depoimentos, aqueles que continham estruturas essenciais com descarte das estruturas ocasionais, sem desconsiderar o todo representado pela comunicação verbal e para verbal. As estruturas essenciais destacadas respondiam ao objetivo proposto.

Posteriormente, realizei uma aproximação dos depoimentos em seus pontos convergentes configurando os modos de ser das mulheres em seus cotidianos, em uma perspectiva de compreensão geral do fenômeno em cinco unidades de significação apresentadas a seguir.

Os depoimentos das mulheres caracterizaram-se por lembranças de vários momentos de suas vidas, exprimindo-se em uma linha do tempo que não é cronológica e sim, fenomenal.

4.2 Unidades de Significação

**No seu dia a dia após uma cirurgia cardíaca, as mulheres significam que:
Sensações físicas e problemas de saúde estão presentes.**

Sentem-se inúteis e limitadas ao depender de outros.

Em determinados momentos, a ajuda que receberam foi essencial.

Apresentam-se emotivas, assustadas, temendo a morte e buscando fé em Deus.

Desejam que as consultas médicas as liberem para as atividades do dia a dia.

Unidade de Significação 1

Sensações físicas e problemas de saúde estão presentes

*O coração, o coração dispara, tem hora, tem dia que tá bem, eu assim, eu não posso deitar desse lado esquerdo... Não posso deitar do lado esquerdo, por que parece que ele tá batendo imprensado. Mas, assim, as vistas também, igual eu te falei, não tão me deixando enxergar direito... Não tô dormindo, muito mal, tô tomando remédio e não tô conseguindo dormir. Eu fui no médico, conversei com o médico e o médico passou pra mim um remédio e por causa deu não dormir direito, mas passou um, tomei e não adiantou, passou outro, tomei e não adiantou. É assim, agora passou um outro, nos primeiro dia eu dormi, agora eu não tô dormindo. Igual essa noite, essa noite eu não dormi, passo assim a noite em claro, sabe? **Rosa***

*Que eu tive que internar outra vez, tem pouco tempo isso. É outro tipo de problema que repete, se repetir 3 vezes, a pessoa vai embora. Por que eu tenho assim a disritimia muito forte. A minha cabeça é assim, eu uso muitos remédios, não é só problema de coração, é várias coisa, igual meu diabete é muito alto demais, meu triglicérides são 2.216, tá altíssimo. **Margarida***

*Então no dia a dia ainda sinto muito cansaço e dói aqui assim (aponta para o coração), se eu apertar aqui, dói, como eu digo né, pode ser também da minha cabeça. []...Aí depois, eu pensei em procurar um psiquiatra por que eu já não dormia à noite mais, passava a noite às vezes encostada na cama. Aí, quando eu consultei com o Dr A., na primeira consulta que eu tive, eu falei com ele. **Violeta***

*Aí depois agora eu dei problema de coluna, né? Hernia de disco, aí assim de vez em quando tem dormência nas perna. À noite, eu falei com o Dr S., eu durmo, mas assim acordo de madrugada. **Hortênsia***

Quando eu faço um trabalho mais agitado, quando eu trabalho com alguma coisa mais pesada, pegar um peso, eu sinto dolorimento na hora, na hora me dá manifestação na hora, aqui (aponta para a cicatriz), o dolorimento dá aonde cortou, aqui ó. []...Só não durmo bem, tomo remédio, fraquinho, mas se eu não tomar, esse médico que passou pra mim, o Dr S. ... Eu liguei pra ele e falei: “Dr S., eu chego à noite, quando eu to deitada, eu to sentindo assim uma angústia, eu to sentindo muito ruim por dentro, uma coisa que não tem explicação.” Aí ele passou um remedinho, fraquinho sabe, ele é um relaxante. Eu já passei pra meio, mas agora eu to tomando um inteiro por que eu estou com muita atividade. **Orquidea**

Até hoje eu sinto essa dor aqui, no peito, dizem que a gente vai sentir sempre, eu já fui várias vezes no médico e eles dizem: “Vai ser assim mesmo”. Por que eles cortam, né? Você já viu uma cirurgia? **Ipê Amarelo**

Eu sofri muito quando eu voltei pra casa e tive uma hemorragia. Tenho um problema sério com menstruação, isso acaba me prejudicando bastante pra sair de casa, o fluxo aumentou muito. **Ipê roxo**

Depois que tava tudo bem, que eu tava respirando melhor, já estava livre do marevan, eu disse assim: “Ah, que bom, agora eu vou começar a viver”. Aí, que que acontece em julho? Minha empregada tava de férias, fui botar uma roupa para bater pra adiantar, pra não ficar serviço atrasado. Tive hipotensão postural, uma tonteira quando fui guardar o sabão e o amaciante, me segurei na estante e enfiei o pé debaixo de um banco que tava lá no caminho, dei uma topada na perna, abri a boca a chorar. Que que eu vou fazer? Coloquei gelo, fiquei doidinha, sozinha dentro de casa, ela (filha) começou a tratar da ferida, mas foi viajar. Pronto, aí fiquei doidinha, ela viajando, mas deixou um esquema aqui em casa comigo, minha irmã veio com meu irmão, minha cozinheira. A ferida aumentou e não sei se foi coincidência ou não, por que eu sou diabética e apareceu uma tal da neuropatia da diabetes, que melhorou, mas a ferida tá aí. **Begônia**

Unidade de Significação 2

Sentem-se inúteis e limitadas ao depender de outros

Sinto assim, vontade de fazer as coisas, mas não consigo, não posso por que... não assim pelo físico, a vontade de ter força, de fazer, sabe? Então eu tô uma mulher assim não faço nada... Eu não faço nada (aumenta o tom de voz e fala a palavra nada de forma enfática), nada, eu tô cansada de ficar à toa. Então eu me sinto muito, sei lá (silêncio)... inútil, né? Eu me sinto assim... Minha vontade é de sentar na máquina e costurar, mas eu num, como? **Rosa**

Não, não tenho mais a disposição que eu tinha qualquer coisinha que eu faço eu tenho vontade de sentar, eu tenho vontade de deitar. Aí com o passar dos dias é que eu comecei a sentir, sabe que eu não era mais... Comecei a pensar meu Deus, não vou voltar a ser o que eu era fazer o que eu fazia e tudo, e fui passando os dias, fui passando e eu sentindo, cada dia eu tava piorando, piorando, piorando, eu falei meu Deus, aí eu fazia crochê, tricô, mas num, sabe, é uma coisa esquisita, sabe, você começa a sentir que você começa a ficar inútil.

Violeta

*[]... minha mãe, precisava do meu pai, das minhas irmã pra tomar um banho, pra fazer as coisas mínimas possível, precisava de todo mundo. **Bromélia***

*Por que é muito ruim ficar parada, cê vê o serviço, quer fazer, mas não pode. Você pode ver que nem tá assim arrumado, sabe? Igual a gente gostaria. É que as menina trabalha, né? Aí é mais fim de semana que elas dão uma arrumada. Eu era faxineira na igreja mesmo, eu fazia limpeza lá, a gente sente falta né, acostuma a trabalhar... **Hortênsia***

*As vezes eu acho assim, que as pessoas que eu convivo no dia a dia me discrimina, acha que eu não sou capaz de fazer aquilo mais que eu fazia antes. A impressão que eu tenho, eu faço com mais dificuldade, aí as pessoas falam: “Não, você não pode fazer isso mais não, não pode fazer isso, não podem fazer aquilo”. Me limitam []... A impressão que eu tenho, eu faço com mais dificuldade. Aí vem aquela angústia, às vezes eu penso que sou inútil, aí eu falo: Que isso gente? Eu sou capaz sim! E vai... **Orquidea***

Assim... achando tudo ruim, pra mim tava tudo ruim, tudo, aquele negócio de eu ter operado eu achei ruim, por que eu era uma pessoa trabalhadeira, que num parava, fiquei parada 3 meses sem mexer com nada. Eu trabalhei esse tempo todo, tenho 6 filhos, trabalhei demais. Eu gostaria de estar trabalhando, acho que serviço, eu gosto de trabalhar, me sentia bem trabalhando. Igual eu falei: “Gente do céu, se eu soubesse que ia ser assim, eu não tinha operado, de ficar parada e os outro fazendo as coisa pra mim”. Os outro me dando banho, eu senti aquilo horrível, né? Depender dos outro, por que graças a Deus eu trabalhava fora antes de sair para o hospital. Por que minhas meninas não querem deixar eu trabalhar, não queriam deixar, preferem que eu aposento, por que aí eu fico quietinha dentro de casa. Minha vida mudou muito. Agora, o pessoal daqui de casa fica me segurando, assim: “Não, a senhora não pode ir não, a senhora não vai sair sozinha não, que a gente tem medo.” Eu não gosto disso, gosto de ter minha vida que eu

tinha, e não tenho mais, agora eu to mais obedecendo filho e eu não gosto. **Lirio**

*Eu fiquei assim com uma sensação de revolta: por que que eu operei? Será que era pra operar? Ainda não tirei essa dúvida de mim, não conformei. Tudo, ah, você não pode fazer isso, as pessoas falam: “Deixa, que eu vou fazer isso pra você”. A cirurgia, a gente não pode fazer certas coisas, safena, já sabe, já é taxada de cardíaca. Então, quer dizer, a gente as vezes sente inútil, mesmo em casa, então eu me retraio. Não gosto de ficar parada, tô sempre me ocupando. Por que assim (abaixa o tom de voz e os olhos enchem de lágrimas), eu tenho minha filha e ela é muito preocupada comigo, entendeu? “A senhora não pode fazer isso!”, ela fala. Ela tem medo que eu morra de uma hora pra outra, entendeu? (Choro) Então isso me preocupa muito. Mas, eu não evito nada, faço o que eu acho que tenho que fazer, não vou fazer o que eles querem. **Ipê amarelo***

*Psicologicamente falando, acho que mudou muito com relação às pessoas, elas me olham parece mais com dó, é, a gente já olha, eu tenho a impressão que tão me olhando assim: “Nossa, coitada, ela passou por uma cirurgia, nossa, ela tá com uma marca tão feia, tadinha, será que vai ficar assim?”. Minha mãe queria me proibir de tudo, não podia mais andar[]... então as pessoas se preocupam muito comigo, qualquer problema que eu tenho, se eu dou uma dor de cabeça é motivo pra todo mundo entrar em pânico. As pessoas tentam me privar de coisas que elas não sabem, só por que eu tenho um corte no meio do peito e acham que eu to restrita a tudo. **Ipê roxo***

*No dia []... eu fui no médico que constatou que eu tinha que fazer a cirurgia e me colocou de castigo dentro de casa para eu não ter infarte, pra mim poder operar numa boa. Então, eu to desde o dia []..., presa dentro de casa, que eu to na dependência, e isso mexe muito com a gente, né? É uma coisa e outra, é pagamento, tudo os meus filhos é que estão fazendo pra mim. Por que a gente fica, vamos e venhamos, a pessoa que tá acostumada a ter uma vida e de repente dá uma notícia, você precisa ser operada, você não pode sair de casa, você tem que fazer uma coisa que não pode fugir de jeito nenhum, dá um susto, dá uma coisa horrível. A minha filha com excesso de cuidado me tolhia, eu não sei se por que na hora precisava, por que tinha outras horas que ela me incentivava. A minha vitória muito grande foi a minha independência de ir no vaso sanitário, por que eu não tinha forças nas pernas, não era mole, por mais que eu quisesse, não tinha. Coisa horrorosa, terrível. **Begônia***

Unidade de Significação 3

Em determinados momentos, a ajuda que receberam foi essencial

*Por que ele me ajuda muito. Ele faz tudo pra mim, ele leva o café na cama pra mim, ele leva o remédio pra mim, a gente é assim muito companheiro, sabe? Muito amigo. Então, a gente fica pensando muito assim, na falta um do outro, né? Eu sei que ele também precisa de mim, ele também não tá bem de saúde. E, então isso dá uma angústia na gente, uma depressão, sabe? **Rosa** (falando do marido)*

*Depois voltei pra... né. Aí... ficou com problema, aí ela veio aqui, a gente conversou aí eu voltei. No voltar a ter uma atividade minha, eu comecei a melhorar, sabe? Também não sei, por que eu acho que eu não consigo largar ela como ela não consegue me largar, né? A gente tem um, a gente brinca muito, acho que na outra vida nós tivemos alguma pendência, nós duas, por que a gente tá sempre junto, né?! **Violeta** (falando da patroa)*

*Principalmente da minha mãe e do meu marido, por que minhas irmã não tem obrigação comigo, era isso que elas falavam. **Bromélia** (falando da mãe e marido)*

*Quando eu voltei, ficou uma vizinha minha que ficou aqui, ela fazia comida e tudo, levava pra mim lá na cama e mais a... (filha) que ela tava de férias, né? Aí ela que ficou mais em casa. Ela de manhã, fazia café, levava lá na cama, dava remédio, até hoje, deu a hora do remédio, o celular desperta. A ...já deixou tudo marcado ali, aí o celular desperta 8 da manhã, meio dia e oito da noite, os horário do remédio. Aí, não tem como esquecer o remédio, ela já deixa tudo programado ali. Antes dela sair de manhã, ela fala: tem que tomar o remédio. A Dona ...(vizinha) ficou comigo aqui 4 meses, lavava a roupa, cozinhava ... **Hortênsia** (falando da vizinha e da filha)*

Por que meu marido parece que ele ficou no mundo da lua, ele não tem expediente pra nada, nada! E os filhos que assumiram, são 3 filhos, 3 homens e uma mulher e a minha nora que é casada com meu mais velho ... , ela me ajudou muito também, chegou depois da cirurgia, eu tive infecção urinária, tive que usar sonda e foi uma dificuldade, ih, eu desmaiei aqui por retenção de urina, logo depois que eu cheguei. Isso aí me deu um trabalho danado, aí ela (nora) tavade férias e ficou comigo aqui, eu dei sorte que ela tava de

férias, ela me ajudou muito, entendeu? **Orquídea** (falando da nora)

*Vim pra casa e aqui, sabe quem cuidou muito de mim? Minha menina, minha nora, meu filho também que foi assim, gosta muito de mim, entendeu? Então, estavam sempre ao meu lado. E a minha nora me ajudou muito, ficou o tempo todo, marcou presença, quase todo dia, deixava a menininha dela pra ficar comigo. **Lírio** (falando da nora)*

*Meu filho também que mora em... também estava sempre aqui, o outro que mora aqui, sempre a presença dele aqui, me levava no médico e tudo. Quer dizer, eu fiquei bem tranqüila e paparicada, coisa boa, né? **Ipê amarelo** (falando do filho)*

*Sabe, minha família é muito unida, muito unida mesmo, então a todo momento estavam todos muito juntos, primos, primas. Meu avô marcou muito, eu me emociono muito de falar dele, por que ele foi embora. Ele era o meu avô mais ligado em mim e ele falou comigo que nada de errado ia acontecer, que eu era uma pessoa muito especial (Choro), muito forte e muito corajosa. E aí quando eu retornei do hospital, eu fui ver meu vô, duas semanas depois eu fui ver ele. E daí, duas semanas ele veio falecer. E eu fiquei muito chateada por que não deixaram eu ir ao cemitério. Ficavam se preocupando comigo, eu chorei muito, por que não deixaram eu me despedir do meu avô. **Ipê roxo** (falando do avô)*

*Aí eu achei duas técnicas lá do...que foram assim um canal de simpatia muito boa, aí elas fizeram um particular aqui em casa por um bom tempo e foi a minha sorte, por que eu tive essas meninas para me ajudar. Aí, os filhos também, todo mundo aqui em casa deu uma contribuição, mas elas tinham assim, entrava uma, saía outra, então eu nunca fiquei assim desprovida de uma pessoa mais especializada perto de mim, foi essencial. **Begônia** (falando das profissionais de enfermagem)*

Unidade de Significação 4

Apresentam-se emotivas, assustadas, temendo a morte e buscando fé em

Deus

Tem dia que eu sinto, assim, parece que meu sentido vai embora, foge, entendeu? Eu sinto assim, angústia... Sinto depressão... E tem dia que me dá uma vontade de chorar, choro à toa... Sem saber por que. [...] Penso muito em morrer (as mãos se apertam), meu marido morrer, ficar sem ele... É, medo dele morrer, medo de morrer e ficar só também, só que eu digo assim, eu sem ele e ele sem mim, que tem mais gente,

mas não é, não é compreensível assim igual a gente um com o outro. **Rosa**

É depois assim que eu operei, que eu vim embora pra casa, que eu fiz a primeira consulta com o DrA., é que eu assustei, é que eu assustei. Assim, assistindo ele falando [...] lá e ele fala assim: Essa senhora teve um infarto, aí nós tivemos que serrar aqui (aponta para o esterno). Aí eu começava a imaginar uma serra cortando uma costelinha de frango, de porco lá, sabe? Aí eu vinha com aquilo, meu Deus, aí tiramos o coração, aí fizemos, botamos a safena, aí eu vinha de lá, meu Deus, prendemos com aço, aí eu vinha de lá, meu Deus, tem uns arames aqui dentro de mim. Aí, eu puxava essa cadeira (aponta para uma cadeira na sala), ficava com medo do arame arrebentar. [...] Aí eu comecei, aquilo começou a me deprimir um pouco, por que comecei a pensar, meu Deus, não vou voltar a ser o que eu era [...] Talvez eu fico ainda com medo. O medo que eu vou infartar de novo, sabe, é medo que será que eu fiz tudo certinho, será que eu não tô tendo um problema aqui de novo. Por que que eu tenho falta de ar? Será que eu tenho falta de ar mesmo ou eu tenho, por que quando eu pego a bolinha, aquele aparelhinho, eu sopro pra ver e eu consigo levantar as bolinhas, aí eu falo: Meu Deus se eu consigo levantar as bolinhas eu não posso estar com falta de ar. Então acho que é o medo de eu voltar a infartar de novo, talvez seja isso. **Violeta**

Eu fiquei bem assustada na hora que eu vim pra casa, eu fiquei, ah, como eu vou te explicar, (silêncio) [...] Eu fiquei assustada por causa da cicatriz. Medo de sair na rua e passar mal, sabe aqueles medo bobo que a gente tem? **Bromélia**

Eu acho assim, a gente tem que pedir muita força a Deus, por que ele dá muita força pra gente, por que eu acho assim, se você tem que passar por aquilo, ter que esperar o momento certo de fazer, não adianta cê desesperar, nem nada, tem que conformar, aí tem que conformar, por que é assim, se você pode, pode, se não pode, tudo tem seu tempo e sua hora, né. A gente tem que saber esperar e esse tempo é de Deus, é da vida. **Hortênsia**

Eu não era assim, eu falava mais do que chorava, agora eu choro mais do que falo. Não sei explicar por que, eu sinto aquela pressão, sabe, aquela coisa, aí eu choro, desabafo [...] Tenho medo (pausa). De ter que fazer outra cirurgia, de ter que ficar no CTI. Eu morro de medo de uma nova cirurgia e ter que enfrentar isso outra vez. **Orquídea**

Ah, quando voltei pra casa, fiquei muito triste, pensando muita coisa: “Ai meu Deus do céu, será que eu vou sair dessa?”.

Lírio

*Eu sou emotiva, qualquer coisa me abala, entendeu? Olha, eu tenho alegria sim, mas parece que saiu um pouco disso, não sei se é medo [...] Medo assim de deitar e assim, morrer de uma hora pra outra (emociona-se). Por que eles mexem, tiram o coração. Parece que fiquei muito próxima da morte. Agora eu rezo muito, tenho os meus santinhos, me limitei. Deus me ajudou muito, pedia muito à Nossa Senhora me auxiliar. **Ipê amarelo***

*Eu estou mais emotiva pra algumas coisas, mas estou forte também. A minha mãe tem muito medo de fazer qualquer atividade por conta disso, de machucar, de cortar, de sangrar, de não parar, esse é o medo mesmo, é isso que me dá susto [...] Então as vezes eu vou em Deus buscar força, eu penso sim, aconteceu isso, por que eu precisava passar por esta experiência para estar cada vez mais forte e me aproximar de Deus. **Ipê roxo***

*Eu senti medo de, por que eu me via tão enfraquecida, que eu falava assim: “Será que eu vou chegar um dia do jeito que eu era, ou de ser independente pra tomar um banho, pra ir ao banheiro, essas coisas.” Essas coisas me tocaram muito fundo (emociona-se). Minha fé, graças a Deus, que ajudou e muito, por que se não fosse Deus na minha vida, eu não tinha forças para essas coisas que eu passei não [...] Deus está comigo, por que eu recebi o sacramento [...] E eu ainda tenho um agravante, fizeram dois anos que eu perdi meu marido, sabe? Isso mexe muito, a saudade ainda tá agarrada comigo, a gente era muito junto, muito perto um do outro e essa ausência é muito difícil. Aí, conviver com os problemas físicos e os da alma. **Begônia***

Unidade de Significação 5

Desejam que as consultas médicas as liberem para as atividades do dia a dia

*Eu fui no médico, conversei com o médico e o médico passou pra mim um remédio e por causa deu não dormir direito, mas passou um , tomei e não adiantou, passou outro, tomei e não adiantou. É assim, agora passou um outro, nos primeiro dia eu dormi, agora eu não tô dormindo. Ultimamente só saio para ir em médico, só pra ir em médico. **Rosa***

Aí, quando eu consultei com o Dr A. , na primeira consulta que eu tive, eu falei com ele, aí ele falou comigo que eu tinha que

*procurar alguma coisa pra mim fazer de atividade, sabe? Aí comecei a caminhar, como eu caminho todo dia, né, ele mandou caminhar 5 km, né, todo dia! Mas eu num guento fazer isso tudo não, dá três voltas na universidade, mas dá umas duas. Aí fui melhorando. **Violeta***

*Trabalhava de faxineira, mas não tô trabalhando, eu não sei, por que alguns médico falou que eu não podia, outros fala que eu já posso ter a vida normal, aí eu fico meio indecisa se eu posso ou se eu não posso. O médico só foi conversar comigo em janeiro, mesmo assim não me deu a atenção que eu necessitava, não me deu, aquilo de atender muita gente, então ficou meio pra lá, meio jogado, mas fora isso, fora isso, eu acho que... tô esperando até hoje para ele fazer um ecocardiograma desde o dia da cirurgia até hoje ele não fez pra saber como é que eu tô. **Bromélia***

*Assim, ainda não posso, não tô liberada pra trabalhar, peso, essas coisa assim, não, pra trabalhar, não. Dr S. falou assim que eu posso varrer coisa leve, né e tudo, mas sair eu vou na igreja, faço uma caminhada todo dia de meia hora, 15 minuto indo, 15 minuto voltando... Aí depois de 7 meses pra cá Dr S. falou assim que não pegando calor de fogo já pode fazer a comida, né? Aí eu já faço a comida, lavo vasilha, não tem falou assim que não pegando calor de fogo já pode fazer a comida, né? Aí eu já faço a comida, lavo vasilha, não tem areação, esforço não, mas eu já lavo. Ele falou que meia, calcinha, já pode lavar. Aí, já me sinto melhor, podendo fazer um pouquinho cê já distrai. **Hortênsia***

*Fico com medo de fazer para não doer, tem hora que eu fico, oh gente não posso fazer isso, não posso fazer aquilo, eu acho que é o lugar que serrou, não é o coração, é o lugar que fez a cirurgia, eu acho que sim. Isso que minha nora que é enfermeira fala, por que serrou, o coração da gente fica lá dentro, esse lugar que foi serrado, a cicatrização dele é muito demorada. O Dr S. já diminuiu a dose do remédio de colesterol, de 40 pra 20 mg, a sinvastatina, se Deus quiser eu vou parar, um dia quem sabe? **Orquídea***

*Agora eu encostei, aposentei semana passada agora por causa do problema da válvula, aí o médico me aposentou. Ah, eu agora conformei, né? **Lírio***

Meu trabalho, eu fiquei sem trabalhar 1 ano, de atestado, por causa da cirurgia, eu não tinha condição de subir escada, assim, coisa pesada, eles não deixam eu fazer, pegar peso, não deixam até hoje, tem medo, né? Por que sou muito ansiosa, até meu marido pediu uma vez ao médico um remédio pra poder acalmar e o D. (médico) chegou a me dar e tudo,

*mas eu não tomei, não gosto muito de tomar remédio não. Só tomo três. **Ipê amarelo***

*Não pode tomar qualquer remédio, isso pra mim é um transtorno muito grande, o fato de não poder tomar qualquer tipo de remédio. Aí tem que tomar cuidado, tem que olhar a composição, é mais isso. Só que aos poucos eu estou vendo que a minha vida tá melhorando. A questão do esporte, eu já tô liberada, já tá mais fácil, eu sinto muito melhor fazendo, menos cansada, o que pesa mesmo é a questão do tipo de remédio que eu posso tomar ou não, qualquer medicamento, sangramento, fazer unha, uma mulher que ama, pra mim, tá muito difícil, qualquer coisa que você machuca, sai muito sangue e demora muito para parar. Eu ia ter uma festa de casamento, e não deixavam eu ir. Os médicos me liberaram. **Ipê roxo***

*Mas, às vezes, o meu sentimento, eu fico assim, eu tenho vontade de viver, de fazer outras coisas, o médico angiologista fala: “Ah não, fica quieta dentro de casa, e põe o pé, estica o pé”. Esticar como? Não achava jeito, eu tava até: “Ai, meu Deus, eu to condenada a ficar na cama”. **Begônia***

4.3 Compreensão Vaga e Mediana

Movimentando-me em torno dos depoimentos após escutá-los atentivamente, busco em um modo de disposição característico do questionador iniciar a construção da compreensão de ser das mulheres em seus cotidianos. Na compreensão vaga e mediana, Heidegger nos diz:

“É à luz desse conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão de ser obscura e ainda não esclarecida e quais espécies de obscurecimento ou impedimento são possíveis e necessários para um esclarecimento explícito do sentido de ser” (HEIDEGGER, 2011, p. 41).

Assim, as mulheres se mostram incomodadas com algumas sensações físicas e problemas de saúde que estão presentes e que perduram após o ato cirúrgico. Apesar de nosso encontro iniciar com a questão de como estão se sentindo no cotidiano após a intervenção cardíaca e de haver passado em muitos casos mais de um ano de cirurgia, apresentaram uma necessidade de rememorar os momentos deflagradores da indicação do ato operatório, bem como o pós-operatório imediato (na UTI) e tardio em domicílio. Relatam não poderem realizar determinados esforços, sentem dor e cansaço quando submetidas a atividades corriqueiras que antes conseguiam desempenhar com mais tranquilidade. Compreendem que a cirurgia foi benéfica para a questão cardíaca, porém trouxe consigo uma série de consequências impactantes em seus cotidianos.

O sono é prejudicado pela posição corporal, a autoimagem é afetada pela cicatriz na região esternal e o sofrimento quando da volta para casa é permeado pelos sinais e sintomas de novos padecimentos que as depoentes relacionam de alguma maneira ao procedimento cirúrgico.

Suas falas destacam a perda do sono reparador necessitando ingerir medicação prescrita pelo médico para dormir. As mulheres chegaram até a reduzir a medicação, mas não conseguiram sustentar uma noite de descanso completa. Isso deflagra para elas um misto de ansiedade e angústia por sentirem-se impotentes diante de tal acontecimento.

O aspecto psicológico também é apresentado em suas falas como possibilidade de influência sobre o corpo, denotando que os sintomas

experimentados podem advir de seus estados emocionais, de seus momentos de maior fragilidade. Mencionam que suas dores podem ser psicológicas apesar da sensação física ao toque na área cirúrgica. Nestes modos de ser, fazem questão de significar seus sentimentos utilizando-se de expressões superlativas. Há uma apreensão de que a dor que experimentam nunca vai passar, sendo esta advertência feita a partir do discurso dos profissionais de saúde, restando então à necessidade de uma autoadaptação.

Durante o encontro emergiram falas acerca de outros problemas de saúde que sofreram, sendo estes relacionados ou não com a cirurgia. Alguns deles até já existiam antes, porém em sua maioria, esses problemas relatados são vistos como consequências da intervenção cardíaca.

Internações posteriores, já na vivência do cotidiano, movimentaram suas vidas em direção a novos tratamentos, novos profissionais e ressignificação em torno do conceito de melhora pós-cirúrgica. Experimentam a diminuição da acuidade visual secundária à hiperglicemia, diabetes e hipercolesterolemia. A terapêutica medicamentosa a que são submetidas para preservação cirúrgica, deflagra situações desconfortáveis, como o aumento do fluxo menstrual por uso de anticoagulantes.

As mulheres se incomodam com o fato de terem pensado que “iam começar a viver” após a cirurgia e hoje se percebem tolhidas por implicações do tratamento.

Sentem-se inúteis e limitadas ao depender de outros. Consideravam-se mulheres ativas, gostavam do trabalho fora de casa e também dos afazeres domésticos. Gerenciavam a limpeza domiciliar, sentiam-se ativas e presentes no lar. Ocupavam em seus pontos de vista, o seu lugar no mundo independente da condição financeira, cultural ou social. Porém, ao depararem-se com a limitação do próprio corpo imposta pela necessidade de recuperação, não conseguem desenvolver atividades rotineiras, sentindo-se inúteis.

Expressam singularmente esse sentimento, aumentando o tom de voz, silenciando ou chorando. Explicitam o cansaço de “não fazer nada”, de terem de inventar novas formas para ocuparem-se em um movimento de adaptação forçada, a contragosto. Questionam seus papéis e valores, relembram o passado e comparam-no ao presente declarando que “não são mais” aquelas mulheres que encontravam prazer na atividade desempenhada.

Não gostam de ficar paradas, porém ao reconhecerem-se limitadas diminuem o ritmo dos afazeres que são possíveis, experimentando a dificuldade inerente a este processo.

Há relatos de revolta relacionados à cirurgia, duvidando da real necessidade do ato cirúrgico e afirmando que se soubessem antes das limitações a que estariam submetidas no cotidiano, não consentiriam com a terapêutica proposta. Incomodam-se em serem vistas como “cardíacas”, alguém que em seus modos de pensar não pode fazer nada, não pode pegar peso. Então, retraem-se dentro de suas próprias residências, compreendendo-se presas em uma espécie de castigo controlado pelos profissionais de saúde e familiares.

Para elas, muitas vezes é desagradável depender de outras pessoas e ter de ouvir suas opiniões, especialmente quando não retratam a realidade íntima que vivenciam. Incompreendidas pelos demais, não gostam que as retratem como “coitadinhas” e passem a ter pena das suas condições atuais de saúde. Sentem-se privadas no exercício de seu livre-arbítrio pela relação de dependência que estabelecem com aqueles que compartilham das suas experiências cotidianas. Detalham as falas utilizadas pelas pessoas que tentam limitá-las, reagem e mostram a insatisfação que essa limitação traz. Entretanto, reconhecem um movimento de preocupação e medo de novo padecimento por parte dos familiares.

Relembrem momentos vitoriosos, como os que denotaram maior independência dos cuidadores. Atividades simples e corriqueiras do dia a dia passaram a traduzir grandes desafios que quando vencidos foram motivos de alegria e satisfação.

As mulheres destacam algumas presenças marcantes em suas recuperações, representadas por pais, filhos, cônjuges, vizinhos e profissionais da enfermagem domiciliar. Em determinados momentos, a ajuda que receberam foi essencial. Entendem que precisavam de alguém que lhes desse um remédio, um banho, que as auxiliassem em tarefas diversas e em um primeiro momento sentiam-se queridas e alicerçadas. Entretanto, começaram a compreender que um dia aquelas pessoas poderiam não estar ali pelo processo de finitude do corpo físico e lamentam tal ocorrência. Parentes que faleceram nesse cotidiano após a cirurgia cardíaca foram grandes incentivadores das mulheres quando da indicação cirúrgica.

Os familiares que eram profissionais de enfermagem e estes últimos que foram contratados pelas depoentes mostraram-se marcantes em seus processos de

recuperação. Neles era possível perceber uma assistência especializada que os outros familiares não dispunham, traduzindo em maior segurança e confiança por parte delas.

As mulheres apresentam-se emotivas, assustadas, temendo a morte e buscando fé em Deus. As emoções se evidenciaram em choro, angústias e depressão. Também experimentam sentimentos de gratidão por estarem de volta em seus lares, vivas e bem. Choram sem saber por que. Comentam o fato da dependência alheia deixarem-nas tristes. Ao relatarem tal fato a seus médicos, estes as encaminham ao psiquiatra. Porém, as depoentes negam-se a fazê-lo pela possibilidade de dependência medicamentosa, sentindo-se fortes o bastante para saírem sozinhas da situação.

Relataram que a alegria de antes não permeia a realidade atual, movimentando-as em direção ao retraimento em um modo de autodefesa que as auxilia na lide cotidiana de convivência com os “problemas do corpo e da alma”.

Para as mulheres, uma parte da emotividade girou em torno do positivo, da alegria e satisfação de estarem vivas e recuperadas de uma grande cirurgia temida por muitos. Verbalizaram que o acolhimento em suas chegadas foi confortador. Sensibilizam-se mais no presente, entretanto sentem-se fortes para o enfrentamento das diversas situações que a vida lhes apresenta.

Experimentam por vezes sentimentos de medo: da própria morte, da finitude de entes queridos, de novos episódios de infarto, de nova cirurgia cardíaca, de estar novamente na Unidade de Terapia Intensiva, de fazer seus familiares sofrerem e de não poderem ter filhos. Consideram que o tipo de cirurgia a que foram submetidas as deixou mais perto do fim da vida e esta possibilidade as faz temer todos os episódios que se relacionam de alguma forma com as suas vivências negativas.

Sentem-se assustadas diante de várias ocorrências, desde o relato médico descrevendo a operação para seus alunos até o susto provocado pela cicatriz, seja pelo tamanho ou secreção exteriorizada. Rememoraram o susto que levaram quando da notícia da necessidade cirúrgica e das situações que no dia a dia as colocam próximas da possibilidade de novas intervenções.

Uma das estratégias encontradas pelas depoentes para vivenciar o cotidiano de maneira mais positiva é representada pela fé em Deus. Recorrem à prece ungida de sentimentos, rogam forças para enfrentamento e resignação no cotidiano, atribuindo ao Criador à melhor condição de saúde experimentada. Frequentam mais

cultos ligados às suas religiões e se conformam com o tempo que tem de esperar para a completa reabilitação biopsicossocial.

Compartilham em seus depoimentos que o desejo de que as consultas médicas as liberem para as atividades do dia a dia. Os profissionais as liberam para a prática de exercícios físicos, limpeza de suas casas de forma moderada, assim como para atividades sociais. Por outro lado, restringem atividades laborais pelo mecanismo da aposentadoria, o que modifica sobremaneira os modos de vida das depoentes e as impele à quietude que elas não desejam ter neste momento.

Realizar a compreensão vaga e mediana como proposto por Martin Heidegger em *Ser e Tempo* foi para mim experiência desafiadora, “essa compreensão de ser é um fato” (2011, p. 41) e está na facticidade expressada pela palavra da mulher. Em direção ao ontológico exprimi nas estruturas essenciais destacadas a compreensão das depoentes em seus momentos presentes.

Movimento-me então em direção à interpretação desta compreensão inicial, elaborando o conceito do vivido, expresso pelo fio condutor para a hermenêutica que desvela os sentidos das mulheres em seus dias atuais após a cirurgia cardíaca.

Assim, as mulheres significam que sensações físicas e problemas de saúde estão presentes, sentindo-se inúteis e limitadas ao depender de outros, apesar de considerarem que a ajuda que receberam foi essencial; apresentam-se emotivas, assustadas, temendo a morte e buscando fé em Deus, desejando que as consultas médicas as liberem para as atividades do dia a dia.

4.4 Interpretação Compreensiva

A partir dos significados manifestos pelo ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca emergiu o conceito do vivido alicerçado pelas Unidades de Significação. O fio condutor conquistado permite em um segundo momento o desvelar dos sentidos (possíveis), velados em uma primeira compreensão que é vaga e mediana, na direção de uma interpretação fenomenológica, que segundo Heidegger

“[...] deve oferecer para a própria presença a possibilidade e uma abertura originária e ao mesmo tempo da própria presença interpretar a si mesma. Ela apenas acompanha essa abertura para conceituar existencialmente o conteúdo fenomenal do que assim se abre.” (2011, p. 199).

Este sentido que é direção para o Ser é estruturado a partir da compreensão prévia na esfera ôntica, tanto da ciência quanto da mulher. Compreendo que ela

anunciou suas possibilidades nos diversos modos de disposição revelando e velando facetas do fenômeno interrogado.

O cotidiano permeia suas manifestações: sentem-se inúteis, tristes, doloridas, controladas e desejosas de voltar a ser o que eram. Assim mostram-se para todos na *publicidade* que as domina (HEIDEGGER, 2011). O procedimento cirúrgico que deveria tirá-la da condição de doença, não o fez, uma vez que sensações físicas e outros problemas de saúde estão presentes. Para a mulher, a cirurgia anunciou um novo modo de ser-cardíaca desconhecido por ela anteriormente.

Em seu tempo fenomenológico a cirurgia não é vivido. É vivência que permeia a sua existência após o procedimento. Este passado é presente e futuro, pois hoje e amanhã ela permanece/permanecerá cardíaca.

Na *facticidade*, a mulher recorre ao médico para que este lhe “passe um remedinho” que restitua o sono, analgesie o local cirúrgico, libertando-a da angústia em que se encontra e do rótulo de ser “taxada de cardíaca”. Nesta rotulação, ela é elas e ninguém, pois todas são cardíacas após uma cirurgia no coração. Os remédios são os mesmos, as terapêuticas disponíveis também. Porém nem sempre este arsenal satisfaz sua necessidade.

Neste sentido, mostra-se sendo-aí em um mundo que já está dado e sem escolhas. O domínio público proscreve a decisão desta mulher em um projetar-se-para- vir-a-ser saudável novamente. No *impessoal*, sua compreensão não é de si mesma, mas do que está lançado na *publicidade*, no que está aberto para todos.

O sentido do *falatório* é desvelado. Este, que é um modo de ser da pre-sença que se relaciona com o mundo está explícito na reprodução da linguagem técnica, que não é da mulher, mas de quem detém este domínio: “*Tive hipotensão postural [...] e apareceu uma tal da neuropatia da diabetes [...].*” Então, está no *mundo público* sem compreender o que é de fato do que se fala tecnicamente. Na *tagarelice*, encontra-se no modo de ser próprio do cotidiano permeado pela *medianidade* na reprodução do que o outro diz, compreendendo superficialmente o que a incomoda e afastando-se, portanto do originário.

“Esse contentamento em apenas repetir o já dito e feito e repassar adiante, fundamenta o próprio sentido do falatório, termo que define a nossa permanência no âmbito da compreensão superficial do que foi dito pelos outros” (SOUZA, 2007, p. 03).

Na vivência de ser cardíaca, a mulher deixa-se dominar pela *cotidianidade* sendo o que os outros falam que ela é. Mostra-se no modo de ser da *impropriedade* ao desconsiderar-se como ser de possibilidades. Ao permitir que outrem decida seu dia a dia transfere as possibilidades de assumir seu próprio cuidado, tornando-se incompreendida pelos demais e por si mesma após vários meses de cirurgia. Na perspectiva Heideggeriana,

“A impropriedade constitui justamente um modo especial de ser-no-mundo em que é totalmente absorvido pelo mundo e pela co-presença dos outros no impessoal. [...] Deve-se conceber esse não ser como o modo mais próximo de ser da presença, o modo em que, na maioria das vezes, ela se mantém” (HEIDEGGER, 2011, p. 241).

Como ser-no-mundo, o ser-aí-mulher-após-cirurgia-cardíaca sente-se inútil e limitada ao depender de outros. Antes ela se via como ser-com. Agora considera que é ser-cardíaca-com-familiares, vizinhos e profissionais de saúde desde o perioperatório aos dias de hoje. Para ela, este estado é incomum.

Sendo-mulher, a mulher não re-conheceu a possibilidade de um dia ser-mulher-cardíaca e velou-se para esta condição permanecendo na *inautenticidade*.

Os outros a percebem como ente no dia a dia após a cirurgia, sendo-com ela no modo deficiente. Não a interpelam a partir da condição emocional, mas sim do ponto de vista físico. Assim, ela não pode fazer esforço por que vai adoecer novamente; não pode pegar peso por que vai sentir falta de ar; não dorme direito e tem de tomar o remédio que o médico receitou; não pode fazer o que fazia, por que pode morrer.

De controle em controle, de opinião em opinião, ela busca seguidas vezes deixar de ser-cardíaca, voltar à condição que aparentemente percebia como original.

A partir deste *fatalório* e do *escritório* dos receituários e atestados de afastamento laboral, a mulher movimenta-se na *curiosidade*, querendo saber o que já pode fazer a partir da determinação do outro. Escuta e felicita-se quando é liberada para fazer algo. Porém, logo quer mais. Escuta e não gosta da limitação. Escuta e aceita o que é imposto.

O *fatalório* e a *curiosidade* desvelam para Heidegger o sentido da *ambiguidade*, que “sob a máscara do ser um para o outro atua o ser um contra o outro” (2011, p. 239).

“A presença é e está sempre “por aí” de modo ambíguo, ou seja, por aí na abertura pública da convivência, onde a falação mais intensa e a curiosidade mais aguda controlam o “negócio”, onde cotidianamente tudo e, no fundo, nada acontece” (HEIDEGGER, 2011, p. 239).

De modo ambíguo, ela pensa que compreendeu o seu estado atual de saúde, quando no fundo ainda não o fez a ponto de questionar se realmente precisava ser operada, se todas aquelas precauções são mesmo importantes. Em outros momentos, pensa que não compreendeu quando no fundo já o fez, ao mencionar o risco de um novo episódio de infarto.

Assim, a mulher apoia-se naqueles que cuidam e considera que a ajuda é essencial. Entretanto, para ela, este cuidado tem um limite apesar de se reconhecer sem voz para estabelecê-lo, por que se percebe com menos vigor físico do que antes, tolhida por seu próprio corpo.

Apresenta-se emotiva e assustada, a mulher teme a morte, anunciando uma angústia imprópria que a leva a *de-cair*.

A *ameaça* que para Heidegger é “tudo aquilo de que se teme” proporciona à abertura do ente nos enfrentamentos que considera perigosos, neste caso, tudo aquilo que está relacionado à permanência da condição de cardíaca. Desde o diagnóstico a apreensão. Desde a internação aos riscos iminentes. Da cirurgia a lembrança do pós-operatório na UTI. Desde a alta hospitalar aos sintomas que ainda permanecem no cotidiano.

Ocupando-se das manifestações do próprio corpo, do que pode vir a acontecer consigo e com o outro sendo um “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim”, a mulher experimenta o *pavor* no que concerne às condições físicas que já lhe são conhecidas. Apavora-se com a idéia de novos episódios de doença que a limitem ainda mais. O “antes” da indicação cirúrgica lhe é familiar, os primeiros sinais de cansaço, de dor precordial. Ela sabe que se adoecer novamente por causa cardíaca, as consequências serão piores. Já mencionaram para ela essa estatística. Se infartar de novo, ela estará mais próxima do fim. Reconhecendo essa possibilidade, ela pensa também na finitude daqueles que lhe são mais próximos.

Apesar de tangenciar esse não mais poder-ser a partir da própria experiência, a morte em si não é algo que o ser-áí-mulher-cardíaca conhece. Ela não vivenciou a própria morte. Então, está no modo apontado por Heidegger como *horror*. Ela fica horrorizada diante desta possibilidade e caminha em direção à inautenticidade

disposta no cotidiano, creditando aos outros (profissionais, familiares, amigos, vizinhos) o controle sobre o que pode ou não fazer, como pode ou não ser neste *aí* que está dado desde a indicação cirúrgica.

A morte como possibilidade da im-possibilidade é considerada de modo impróprio tanto pela mulher como pelo familiar. O familiar transfere a possibilidade da inexistência para a mulher e vice versa. Este ser que é ser-para-o-fim, segundo Heidegger

“[...] jamais se comporta com propriedade em relação ao seu fim e porque, de acordo com seu sentido, o ser próprio com relação ao fim deve sempre permanecer velado para os outros” (2011, p. 337).

Neste sentido, também se movimenta no modo que é *terror*, pois pode acontecer subitamente nova crise, nova intervenção, a sua própria morte e a do outro.

Diante do *ameaçador*, que pode ser desde um novo episódio de doença à finitude do ser-aí, busca-se a fé em Deus, desvelando-se novamente o sentido da de-cadência, onde a mulher retira de si mesma a possibilidade de recuperação/recidiva e a transfere para a divindade segundo seu padrão de crenças e valores. Neste modo, ela questiona: “Ai meu Deus do Céu, será que eu vou sair dessa?”. E ela mesmo responde: “Meu Deus, não vou voltar a ser o que era”. Na facticidade, a divindade auxilia, conferindo-lhe forças para vivenciar o cotidiano de ser-mulher-cardíaca com resignação, já que considera que Deus é quem dita a sua recuperação, velando-se para o cuidado de si. Para Heidegger,

“ [...] Na falta de solidez do ser impróprio, no impessoal, arranca constantemente o compreender do projeto de possibilidades próprias, lançando-o numa pretensão tranquilizada de possuir ou alcançar tudo [...]” (HEIDEGGER, 2011, p. 244).

A mulher deseja que as consultas médicas liberem-na para as atividades do dia a dia, compreendendo a possibilidade da tão almejada recuperação física, emocional, espiritual e social. Esta recuperação é ditada pelo outro em um tempo cronológico: dos dias após a cirurgia, dos horários das consultas de retorno, dos meses para voltar à atividade laboral, dos minutos dedicados aos exercícios físicos de reabilitação. Desta espera também participa o mundo doméstico da mulher,

representado pelo familiar que aguarda também para retomar suas atividades anteriores ao padecimento cardiológico.

“É, no entanto, na espera que a presença se comporta frente a algo possível em sua possibilidade. Para o que está na tensão de expectativa, o possível pode vir ao encontro sem obstáculos ou restrições, em seu talvez, talvez não ou por fim sim” (HEIDEGGER, 2011, p. 338).

Apesar de manter-se no cotidiano, em alguns momentos o ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca assume a possibilidade da *cura*, cuidando-se para poder-ser. Expressa uma apropriação de decisões importantes, como não procurar um psiquiatra, não ficar parada e voltar a trabalhar, recusando-se a “obedecer filho”, e de não tomar a medicação que causa dependência psíquica.

Na ocupação do cuidado à mulher, os profissionais de saúde revelam-se inautênticos nos diversos espaços de cuidado representados pelas atenções primária, secundária e terciária. Seja na linguagem que expressa o outro a tratando como utensílio didático para um grupo de alunos, seja no silêncio que confere (in) visibilidade ao cuidado de enfermagem, esta mulher é apenas um objeto, desconsiderada em sua singularidade, sendo-aí-com-todos no mundo de cuidados.

A (des)atenção terciária atém-se ao número, leito, procedimento, cuidado pautado no tecnicismo a partir da esfera biomédica. Ela é cuidada a partir de uma repetição de protocolos, normas e rotinas direcionados ao ente que ela é, emparelhada, dominada, determinada.

Na *cotidianidade* do cuidado, os profissionais desvelam a *solicitude inautêntica*, onde se é com o *dasein* e não com o Ser, por que eles mesmos estão obscurecidos como Ser, dispostos no *fatatório*, na *curiosidade* e na *ambiguidade*.

Os diálogos são técnicos, contemplados pela *tradição*, que subtrai as possibilidades de propriedade (HEIDEGGER, 2011). Nesta (*tradição*), a curiosidade dos profissionais acerca da próxima internação/cirurgia/alta/óbito determina os modos de cuidado, pautado tecnicamente, direcionado à patologia.

A *ambiguidade* é um sentido presente no espaço hospitalar desde a assinatura do termo de responsabilidade, antes mesmo da internação. Neste documento, a mulher consente com os procedimentos que se farão necessários a partir da decisão profissional, inclusive com a possibilidade de seu fim. Então, a instituição compreende que depois de assinado, está amparada e pode executar todos os procedimentos sem precisar interrogá-la novamente, pois isso o termo já o fez.

Então, interna, opera, vai para a UTI, recupera e é dispensada para o domicílio sem orientação, entregue aos cuidados dos familiares, vizinhos e amigos. Se ela pode pagar, contrata um cuidado especializado que no seu entendimento preenche a lacuna do (des)cuidado hospitalar.

Os profissionais “estão em volta, desocupados e desprovidos de circunvisão junto a tudo e a nada” (HEIDEGGER, 2011, p. 176). No espaço de cuidado, ela é elas, mais uma cirurgia, mais uma cardiopata inserida em um sistema de saúde. A *solicitude substitutiva* não projetou a mulher para o autocuidado. A promoção à saúde manteve-se velada no ambiente hospitalar.

A mulher retoma o passado, desejando que ele se manifeste no presente e mantenha-se no futuro. Presa no aí passado deseja o *vigor de ter sido* um dia saudável. Sua vida permanece em suspensão. Ela não conjuga novas possibilidades de saúde para si, pois sendo-cardiopata ela não pode ser-saudável. Esse (pré)conceito aponta uma lacuna possível de ser preenchida pelos profissionais de saúde, em especial pela Educação em Saúde promovida pelo enfermeiro ao conferir abertura à mulher para a discussão de possibilidades de vir-a-ser.

No modo de ser-com este ente, alguns se envolvem significativamente e outros não. Aqueles que cuidam com *solicitude* não estavam dentro do sistema. Pertenciam ao mundo doméstico da mulher. Entretanto, mesmo na *solicitude* cuidavam de forma *substitutiva*, pois faziam por ela velando sua possibilidade de cuidar-de-si-mesma. Neste modo deficiente de cuidado, maculavam o sentido do cuidado autêntico que é o *libertador*.

“A grandeza de um homem pode ser medida pela sua capacidade de serviço ao próximo, de humildade e de amor. Os homens grandes chamam a atenção e projetam sombra, mas os grandes homens, onde quer que se encontrem tornam-se claridade inapagável, apontando rumos libertadores”

*Joanna de Ângelis
Divaldo Pereira Franco*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desvelar dos sentidos do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca sustentados por Heidegger, possibilitou compreender a singularidade do ser humano após um ato cirúrgico rotineiro para os profissionais, porém de extrema delicadeza para quem o vivencia na condição de paciente ou familiar/acompanhante.

Buscou-se o encontro com a mulher e apreendeu-se que esta se mostra na condição de ente, à maneira de muitas que têm de passar por uma cirurgia de alta complexidade. Ao interrogar sobre o seu dia a dia após a alta hospitalar, descortinaram-se dificuldades, angústias e aflições. Porém, todas estas são possíveis de serem minoradas por uma assistência mais atenta ao aspecto ontológico.

A hermenêutica possibilitou desvelar que a mulher se mostra na *publicidade*, dominada pelo *impessoal*, sendo no *falatório*, na *curiosidade* e na *ambiguidade*. Revela a *impropriedade* no *temor* mediada pelo *pavor*, *horror* e *terror*, em direção à *de-cadência*.

Revelaram-se os modos deficientes e ineficientes de cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Os de enfermagem não foram mencionados pelas depoentes em nenhuma etapa vivenciada por elas.

A partir da análise sustentada em Heidegger e da vivência profissional como enfermeira assistencial, apresento a seguir algumas reflexões/contribuições para a enfermagem:

Considerando a legislação e a experiência profissional, sabe-se que o enfermeiro detém a responsabilidade do cuidado direto ao paciente de maior complexidade assistencial. Por inúmeras vezes, o profissional posiciona-se à beira do leito na execução de procedimentos técnicos e de outros que fazem parte da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória. Entretanto, o ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca não o (re)conheceu.

Sendo a cardiopatia uma doença crônico-degenerativa, existe uma inserção permanente da mulher no Sistema de Saúde a partir da condição patológica diagnosticada. Contudo, é o profissional médico que participa de seus constantes retornos, atentando-se aos aspectos do modelo biologicista, insuficiente para promover a melhora das questões subjetivas que permeiam o cotidiano da paciente.

O enfermeiro atua nos diferentes cenários deste sistema e possui uma série de ferramentas que trazem visibilidade às suas ações, dentre elas destacam-se o processo de enfermagem, as teorias que devem alicerçá-lo e resoluções legais que respaldam suas condutas. Uma das maiores contribuições desta pesquisa reside em apontar a carência de comportamento atitudinal da enfermagem.

Diante dos movimentos existenciais deste estudo, considera-se pertinente refletir sobre as possibilidades de contribuição do enfermeiro nos três níveis de atenção em saúde:

Entende-se que o cuidado *libertador* é o modo de cuidar pensado pela Esfera Federal ao elaborar os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde no que tange à promoção de saúde. E, conta com a formação direcionada dos profissionais para o exercício deste cuidado que não é fim, mas sim meio que contribui para o poder-ser mais próprio da mulher.

Os níveis de atenção funcionam de maneira cíclica e contínua e devem estar em permanente comunicação a fim de abranger as necessidades e demandas da população, não só no contexto da mulher cardiopata, mas na prevenção de outros agravos e promoção de bem estar.

Na atenção primária, porta de entrada do sistema, o enfermeiro encontra campo fértil para sua atuação. Tem-se como exemplos a educação em saúde, estratégia que subsidia a minimização dos fatores de risco modificáveis inerentes ao paciente/familiares; e a visita domiciliar, com a possibilidade do acompanhamento e orientação quanto aos cuidados cotidianos dos aspectos biopsicossociais.

Por ter o contato direto com o mundo-vida do paciente, o enfermeiro adquire o vínculo que permite referenciá-lo o mais fielmente possível aos outros níveis de atenção.

Em nível ambulatorial é possível o acompanhamento da evolução do ser-aí-mulher-após-uma-cirurgia-cardíaca com vistas à sua estabilização e proteção, o que evita a reintervenção em serviço terciário. As Consultas de Enfermagem configuram-

se como cenários interativos propícios para o desenvolvimento de relações intencionais entre o enfermeiro-pacientes-familiares.

Nesta atividade, o relacionar-se implica em considerar aspectos que vão além das questões centradas no modelo cartesiano e biomédico. É preciso buscar o outro atendendo à subjetividade que o permeia, de modo empático e mediado pela escuta atenta que confere espaço para sua abertura.

O estudo aponta várias descrições dos cuidados vivenciados pelo ser-mulher no ambiente hospitalar. Detendo-se neste nível em particular, tem-se um convite ao re-conhecimento de que os caminhos adotados presentemente não subsidiavam necessidades individuais das pacientes.

Vislumbra-se, portanto, a aplicação de metodologias do cuidar embasadas em teorias interacionistas e humanísticas. Neste ínterim, a fenomenologia Heideggeriana apresenta considerável aproximação, uma vez que baliza o profissional ao encontro do Ser, movimentando-se da esfera ôntica à ontológica, resgatando o cuidado realizado com o paciente a partir de suas múltiplas necessidades.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I.S.D. et al. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: revisitando a produção acadêmica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 695-699, set. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a30.pdf>. Acesso em: 16 set. 2011.
- ALVES, A.; MARQUES, I.R. Fatores relacionados ao risco de doença arterial coronariana entre estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 883-888, nov./dez. 2009.
- BACAL, F. et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 16-76, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 set. 2011.
- BACHION, M.M. Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 298-304, jul./set. 2004.
- BAGGIO, M.A.; TEIXEIRA, A.; PORTELA, M.R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 22, n. 1, p. 122-139, jan. 2001.
- BAHIA, L. et al. O Endotélio na Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 291-303, abr. 2006.
- BEHRENDT, D.; GANZ, P. Endothelial function: from vascular biology to clinical applications. **The American Journal of Cardiology**, v. 90, n. 10, p. 40-48, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914902029636>>. Acesso em: 8 set. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 9p. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009. 416p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 8 set. 2011.

BRICK, A.V. et al. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, n. 5, p. 1-20, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 set. 2011.

CARVALHO, A.R.S. et al. Investigando as orientações oferecidas ao paciente em pós-operatório de revascularização miocárdica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 504-512, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a21.htm>>. Acesso em: 16 set. 2011.

CELICH, K.L.S. **Dimensões no processo de cuidar**. Petrópolis: Epub. 2004. 96p.

CHEREGATTI, A.L.; AMORIM, C.P.E.C. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari. 2010. 520p.

COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

COLTRO, A. Fenomenologia: um enfoque fenomenológico para além da modernidade. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 11, p. 37-45, jan./mar. 2000.

COSTA, C. et al. Impacto dos fatores psicossociais na cirurgia valvular cardíaca. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 21, n. 6, p. 601-606, fev. 2008.

COSTA, I.A.D. História da cirurgia cardíaca brasileira. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76381998000100002>. Acesso em: 8 set. 2011.

FERNANDES, M.V.B.; ALITI, G.; SOUZA, E.N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 993-999, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a25.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2011.

FIGHERA, J.; VIERO, E.V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 51-63, dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&nrm=iso>

FRANÇA, K.M.A. A noção de de-cadência no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-5, jan./dez. 2006.

GALDEANO, L.E. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, mar./abr.2003.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; PEZZUTO, T.M. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 307-316, set. 2004.

GILES, T.R. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU. 1989. 328p.

GOIS, C.F.L.; DANTAS, R.A.S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-27, jan./fev.2004.

GONZATTO, M. Rio Grande do Sul avança na cirurgia cardíaca. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2011/04/rio-grande-do-sul-avanca-na-cirurgia-cardiaca-3260079.html>>. Acesso em: 30 set. 2011.

GRAÇAS, E.M.D.; SANTOS, G.F.D. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 200-207, mar. 2009.

GRITTEM, L.; MÉIER, M.J.; GAIVEVICS, A.P. Visita pré-operatória de Enfermagem: Percepções dos Enfermeiros de um Hospital de Ensino. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 11, n. 3, p. 245-251, out./dez. 2006.

HADDAD, M.D.C.L.; ALCANTARA, C.; PRAES, C.S. Sentimentos e percepções do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca vivenciados em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 65-73, jan./abr. 2005.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes. 2011. 598 p.

JOANNA DE ÂNGELIS (Espírito). **Vida Feliz**. [Psicografado por] Divaldo Pereira Franco. 15. ed. Salvador: Alvorada Editora, 2009. 200 p.

JOHNSON, M.E.C. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NIC e NOC**. Porto Alegre: Artmed. 2009. 704 p.

LIMA, F.E.T. et al. Nursing consultation protocol for patients after myocardical revascularization: influence on anxiety and depression. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 331-338, mai./jun.2010.

LOPES, R.L.M.; OLIVEIRA, I.E.; DAMASCENO, M.M. Divulgando a fenomenologia ontológico-hermenêutica de Martin Heidegger. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 1, n. 2, p. 53-56, jul./dez. 1996.

LOPES, R.L.M.; SOUZA I.E.O. A fenomenologia como abordagem metodológica: compartilhando a experiência de mulheres que buscam a prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 5-11, jul. 1997.

MARTIN, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro. 1989. 110p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2004. 269p.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade de construção de estudos de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-301, ago. 2006.

MOREIRA, R.C.; SALES, C.A. O cuidado de enfermagem para com o ser portador de pé diabético: um enfoque fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 896-903, dez. 2010.

MORENO, R.L.R.; JORGE, M.S.B.; GARCIA, M.L.P. Fenomenologia – Fenômeno situado: opção metodológica para investigar o humano na área de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 348-353, dez. 2004.

MUSSI, F.C.; FERREIRA, S.L.; MENEZES, A.A.D. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 170-178, jun. 2006.

NASCIMENTO, A.R.; CAETANO, J.A. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 12-17, fev. 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez. 1989. 174p.

OLIVEIRA, M.F.V.; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 376-389, mar./abr. 2011.

PENICHE, A.D.C.G.; CHAVES, E.C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 45-50, jan.2000.

POMPEO, D.A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: refelexões a partir dos relatos dos pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2007.

PORTO, C.C. **Doenças do Coração – Prevenção e Tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. 1118 p.

- PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001. 1320 p.
- SALES, C.A. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia: compreensão existencial**. 2003. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2003.
- SALIMENA, A.M.O. **Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia**. 2000. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2000.
- SALIMENA, A.M.O. **O cotidiano da mulher após histerectomia à luz do pensamento de Martin Heidegger**. 2007. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.
- SALIMENA, A.M.O.; SOUZA, I.E.O. Cotidiano da mulher pós histerectomia à luz do pensamento de Heidegger. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 196-202, mar./abr. 2010.
- SAMPAIO, E.E.S.; FREITAS, M.A.M.; PEDREIRA, L.C. Reações apresentadas pelo paciente submetida à cirurgia cardíaca ao despertar na UTI: visão dos enfermeiros. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 85, n. 8, p. 282-286, jun. 2005.
- SANTOS, F.L.M.M.; ARAÚJO, T.L.D. Vivendo o infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 742-748, nov./dez.2003.
- SANTOS, L.A. A noção de angústia no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 2, n. 2, p. 1-8, jan./dez. 2006.
- SANTOS, Z.M.S.A.; OLIVEIRA, V.L.M. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 654-657, nov./dez. 2004.
- SENRA, D.F.; IASBECH, J.A.; OLIVEIRA, S.A.D. Pós-operatório em cirurgia cardíaca de adultos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 446-454, 1998.
- SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 427-434, mai./jun. 2010.
- SILVA, J.M.O.; LOPES, R.L.M.; DINIZ, N.M.F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar./abr. 2008.
- SIMÕES, S.M.F.; SOUZA, I.E.O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009.

SOUSA, C.M. O fenômeno da ambiguidade no pensamento de Martin Heidegger. **Existência e Arte**, São João Del-Rei, v. 3, n. 3, p. 1-7, jan./dez. 2007.

SOUZA, A.A.D.; SOUZA, Z.C.D.; FENILI, R.M. Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 215-220, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 16 set. 2011.

TERRA, M.G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n. 4, p. 672-678, out./dez. 2006.

TORRATI, F.G.; GOIS, C.F.L.; DANTAS, R.A.S. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 739-744, set. 2010.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005.

VARGAS, T.V.P.; MAIA, E.M., DANTAS, R.A.S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 383-388, mai./jun.2006.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. São Paulo: Manole. 2005. 1090 p.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “O cotidiano da mulher após cirurgia cardíaca”. Nosso objetivo neste estudo é: Desvelar os sentidos do cotidiano da mulher após cirurgia cardíaca tendo como suporte o pensamento filosófico de Martin Heidegger. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é contribuir com a reflexão dos profissionais enfermeiros acerca da integralidade da atenção à mulher submetida ao procedimento de origem cardíaca, considerando a unidade do cuidado a ela ofertado, bem como possibilitar considerações em torno do papel do enfermeiro da atenção primária, por ser este um dos profissionais que acompanha a mulher em seu domicílio e oferece-lhe suporte nas dimensões bio-psico-socio-espirituais. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: realizaremos uma entrevista aberta que será gravada em equipamento Mp3, objetivando-se total fidelidade aos depoimentos. Em seguida, os depoimentos serão transcritos na íntegra. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo que apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e após

esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____ .

Pesquisadora

Pesquisadora

Sujeito de Pesquisa

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa – UFJF – Pró-Reitoria de Pesquisa/Campus Universitário da UFJF - Juiz de Fora (MG) – CEP: 36036-900; Fone: (32) 2102-3788/E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisadora Responsável:

Thaís Vasconcelos Amorim

Endereço: Rua Paulo de Souza Freire, nº 56/apartamento 901. Bairro São Mateus – Juiz de Fora (MG) – CEP: 36025-350; Fone: (32) 8418-1851/E-mail: thaisamorim80@gmail.com

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA

Entrevista nº:

Data:

Início:

Término

1 – Identificação

Nome:

Estado civil:

Data de Nascimento:

Data da cirurgia cardíaca:

Tipo de cirurgia:

2 – Questões Norteadoras

Como está sendo o seu dia a dia após a cirurgia cardíaca?

A senhora gostaria de falar mais alguma coisa?

**ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DA
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



DECLARAÇÃO

A Diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Profª Drª Gírlene Alves da Silva, autoriza a Mestranda Tháís Vasconcelos Amorim, a realizar sua pesquisa intitulada: "O COTIDIANO DA MULHER APÓS CIRURGIA CARDÍACA". Trata-se de uma pesquisa que visa desvelar os sentidos do cotidiano da mulher após cirurgia cardíaca tendo como suporte o pensamento filosófico de Martin Heidegger.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos enfermeiros garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 01 novembro de 2011

Profª Drª Gírlene Alves da Silva

Profª. Dra. Gírlene Alves da Silva
DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM/UFJF

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE E DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

Ilmo Sr. Dr. Thales de Souza Ramos Filho

Solicito de Vossa Senhoria autorização para consulta ao livro de registro cirúrgico como primeira etapa da realização da pesquisa: "O COTIDIANO DA MULHER APÓS CIRURGIA CARDÍACA", que estará sendo desenvolvida por Thaís Vasconcelos Amorim, mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da professora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena.

O objetivo deste estudo é: Desvelar os sentidos do cotidiano da mulher após cirurgia cardíaca tendo como suporte o pensamento filosófico de Martin Heidegger.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será avaliada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.



Prof^a Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena
Coordenadora do Programa de Pós Graduação – Mestrado em Enfermagem
FACENF/UFJF



Thaís Vasconcelos Amorim
Mestranda

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura para tal e autorizo a realização da coleta de dados.



Dr. Thales de Souza Ramos Filho
Diretor Técnico
Juiz de Fora, 09/10/11

ANEXO C - PARECER/ APROVAÇÃO CEP/UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
3603900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 304/2011

Protocolo CEP-UFJF: 2545.285.2011 **FR:** 473264 **CAAE:** 0277.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: "O cotidiano da mulher após cirurgia cardíaca"

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Thais Vasconcelos Amorim

Data prevista para o término da pesquisa: maio de 2013

Pesquisadores Participantes: Anna Maria de Oliveira Salimena

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
Material e Métodos	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crêterios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
Cuidados Éticos	X					
Revisão da literatura	Atualiza e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036990- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

	Apresenta justificativa e objetivos	X			
	Descreve suficientemente os procedimentos	X			
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X			
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X			
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X			
	Garante sigilo e anonimato	X			
	Explicita				
	Riscos e desconfortos esperados	X			
	Ressarcimento de despesas	X			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
	Forma de contato com o pesquisador	X			
	Forma de contato com o CEP	X			
	Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				X
	O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X			
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPESQ)	X			
Documentos	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

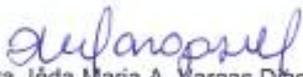
P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador entregar o relatório no final da pesquisa.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 17 de novembro de 2011


 Prof. Dra. Iêda Maria A. Vargas Dias
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI