

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DO CLIENTE NO
PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

ROSA HELENA SILVA SOUZA

**CURITIBA
2004**

ROSA HELENA SILVA SOUZA

**SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DO CLIENTE NO
PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração – Prática profissional em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima
Mantovani

Co-orientadora: Profa. Dra. Liliana Maria
Labronici

**Curitiba
2004**

Souza, Rosa Helena Silva

Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca / Rosa Helena Silva Souza. - Curitiba, 2004.

vii,106f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani

Dissertação (Mestrado) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Cirurgia cardíaca. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Cuidados pré-operatórios. 4. Existencialismo. I. Título. II. Mantovani, Maria de Fátima.

TERMO DE APROVAÇÃO

ROSA HELENA SILVA SOUZA

SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DO CLIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Departamento de Enfermagem, UFPR

Profa. Dra. Sandra Honorato da Silva
Departamento de Enfermagem, PUC-PR

Profa. Dra. Ymiracy Nascimento de Souza Polak
Departamento de Enfermagem, UFPR

Curitiba, 24 de novembro de 2004.

*Aos meus amores,
Anastácio, meu marido e companheiro,
Livia e Eduardo, frutos desta união,
por compreenderem a minha ausência
durante esta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

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

Aos corpos enfermos, reais protagonistas desta pesquisa, agradeço a acolhida e cooperação.

À Profa. Dra. **Maria de Fátima Mantovani**, que se mostrou mais que minha orientadora nesta caminhada, sua competência, sabedoria e disponibilidade.

À Prof. Dra. **Liliana Maria Labronici**, suas oportunas e relevantes sugestões, que muito contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às **enfermeiras do centro cirúrgico**, o apoio na realização deste sonho.

À **UFPR** e à **PRPPG**, terem propiciado, junto à **CAPES**, subsídios para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**, ter me dispensado durante o período de aulas do Curso de Mestrado.

Ao **Departamento de Enfermagem da UFPR**, ter dado condições para a realização deste curso.

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

Às **minhas colegas de Mestrado**, as trocas, o companheirismo, as gargalhadas, enfim, os encontros que tornaram este período inesquecível.

À **Mércia**, o senso crítico e conhecimento, ao me recomendar algumas leituras.

À minha irmã **Iza**, presença especial, a disponibilidade, atenção, o desprendimento e as palavras certas, na hora certa.

Ao **Anastácio**, à **Lívia** e ao **Eduardo**, que sabem o significado de suas vidas em minha vida e o significado deste trabalho em nossas vidas.

Aos **meus pais**, que já não se encontram neste mundo, tudo o que me ensinaram!

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 COMPARTILHANDO A MINHA CAMINHADA	7
3 O CORPO E SEUS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS	14
3.1 O CORPO NA HISTÓRIA	15
3.2 O CORPO ENFERMO QUE NECESSITA DE CIRURGIA CARDÍACA	25
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
4.1 A ESCOLHA DO CAMINHO.....	33
4.2 APRESENTANDO O CENÁRIO	37
4.3 A SELEÇÃO DOS SUJEITOS	39
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
4.5 OBTENÇÃO DOS DISCURSOS	41
4.6 A ANÁLISE DOS DISCURSOS	43
4.6.1 Temas Emergentes	59
5 A COMPREENSÃO DO FENÔMENO	46
5.1 CORPOS AMEDRONTADOS – UMA REALIDADE A SER TRANSCENDIDA.....	48
5.2 A ESPERANÇA DE VIR-A-SER UM NOVO CORPO	71
6 REFLEXÕES SOBRE A CAMINHADA	78
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	92

RESUMO

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

Nas últimas décadas, a cirurgia cardíaca tornou-se um procedimento vastamente utilizado no tratamento das doenças cardiovasculares, entretanto, percebe-se que essa intervenção ainda causa grande impacto nos que dela precisam, por relacionar-se ao coração, que é o órgão central do corpo. A partir disso, esta pesquisa tem como objetivo apreender os sentimentos e as percepções do corpo enfermo que se encontra em pré-operatório de cirurgia cardíaca. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, e que conta com a participação de 11 sujeitos em pré-operatório de cirurgia cardíaca, entrevistados no período de março a abril de 2004. A análise dos discursos aconteceu em três momentos: descrição, redução e compreensão fenomenológica, dos quais emergiram duas unidades temáticas, que foram categorizadas subjetivamente em *Corpos amedrontados – uma realidade a ser transcendida* e *A esperança de vir-a-ser um novo corpo*. A primeira categoria abarca as diversas faces do medo que atinge quem vivencia o pré-operatório, como: da morte causada pela cirurgia, da violação interior, das cicatrizes deixadas, e ainda, o desejo de fuga. A segunda categoria versa sobre a possibilidade de obtenção de uma vida melhor, mediante o novo corpo conquistado com a cirurgia. Foi possível desvelar o fenômeno estudado e mostrar a necessidade de interação entre a enfermeira e o corpo enfermo na situação perioperatória, tendo em vista a promoção do seu bem-estar.

Palavras-chave: Cirurgia Cardíaca; Cuidados de Enfermagem; Cuidados pré-operatórios; Existencialismo.

ABSTRACT

In the last decades the cardiology surgery has become a widely used procedure for cardiovascular diseases, although, is noted that intervention still causes a big impact in those who need it. This impact is due to the people's belief that the heart is the body central organ. Therefore, this research had as an objective to learn the feelings and perceptions of the illness body which is in cardiology surgery pre-operation. This work is a qualitative research with an phenomenological approach, performed in the Hospital de Clinicas of the Parana Federal University, with the sample of 11 persons in pre-operation for cardiology surgery, interviewed during March and April of 2004. The speeches analyses happened in three different moments: a phenomenological description, a reduction and the comprehension, resulting in two thematic units, that were subjectively categorized in *Scared bodies – A reality to be transcendental* and *The hope to be a newly body*. The first category encloses the variegated fear faces` that touches whose life is in a pre-operation period, such as: dead caused by the surgery, the inner violation, the scares, and still, the will of scape. The second category related to the possibility of gain a better life through the new body conquered with the surgery. Is was possible to revealed this studied phenomena and discover the necessity of an interaction between the nurse and the sick body in the per-operation situation, looking for his wellness.

Key-words: Cardiac Surgery; Nursing Cares; Pre-operation Cares; Existentialism.

1 INTRODUÇÃO

*Só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível aos olhos.
(Saint-Exupéry)*

O coração tem sido mencionado ao longo dos tempos de diversas maneiras, seja pela comparação feita pelos apóstolos ao se referirem à bondade e virtude, seja como fonte inspiradora de poetas. Na verdade, mesmo inconscientemente, o coração tem uma simbologia que está impregnada na mente das pessoas. Para muitos, ele simboliza o sentimento e é considerado o centro das emoções, do amor, da vida, do corpo.

Numa visão biomédica, o coração é auscultado mesmo antes do nascimento de uma criança, no intuito de avaliar suas condições de vida. Sente-se sua presença por meio da pulsação e das alterações em seu ritmo, cujo significado é variado, pois a sensação de uma pontada no peito pode indicar um infarto agudo do miocárdio, como também pode expressar uma grande desilusão amorosa.

Como o coração é considerado um órgão vital, uma cardiopatia faz aflorar sentimentos de angústia e de medo da morte, principalmente, quando a cirurgia cardíaca é a única alternativa de sobrevivência do corpo enfermo. Dessa forma, o tratamento cirúrgico cardíaco, além de ser um procedimento complexo, é percebido por muitos como um acontecimento que tanto pode servir de fluxo para sua existência como para aniquilá-la de uma só vez.

A visão de que o coração é um órgão central ou dominante do corpo faz com que qualquer distúrbio em sua função seja interpretado como uma “metáfora para a mortalidade súbita” (MORAES *et al.*, 1999). Por isso, ser tocado nesse órgão mítico pode significar para o homem uma transformação total em seu ser. Esse homem ao qual me refiro é um corpo vivente que se encontra hospitalizado por problemas cardiovasculares, necessitando de cirurgia cardíaca e seu coração não é motor do corpo, mas sim seu próprio corpo. O corpo aqui expresso vivencia o estar entre a vida e a morte, entre a saúde e a doença durante sua trajetória existencial e denomina-se ‘corpo enfermo’. Sendo assim, posso inferir que o corpo enfermo experimenta momentos preocupantes, de aflição e de dúvidas, que acarretam sentimentos desagradáveis e prejudiciais ao seu tratamento.

A cirurgia cardíaca é uma situação transformadora do corpo, que certamente desencadeará mudanças e transições, gerando novas percepções sobre a vida futura. Essa assertiva é confirmada por Paterson e Zderad (1988), ao referirem que, quando

um ser humano está doente e o corpo sofre certas modificações, elas influenciam seu mundo e sua experiência de estar nele. Portanto, compreender a perspectiva de mundo que esse ser humano tem é essencial à enfermagem, e parece ser um dos primeiros passos para o desenvolvimento de uma assistência humanizada que vise a atendê-lo em suas especificidades e promover seu bem-estar.

Para Knobloch (1990), o ser humano que necessita de uma cirurgia cardíaca vivencia uma situação de crise desde a descoberta do problema e tenta defender-se da ansiedade advinda dessa situação. Complementando, Lamosa (1990) afirma que, antes de decidir-se pela cirurgia que restaurará o órgão mitificado, o ser passa por inúmeras consultas, tendo de encarar o ato cirúrgico por ser seu último recurso.

É importante ressaltar que, para submeter-se a uma cirurgia cardíaca, é necessário realizar vários tipos de exames previamente – clínicos, laboratoriais, radiológicos, hemodinâmicos e de alta tecnologia –, que podem parecer ameaçadores para quem vivencia um período de incertezas, longe do convívio com sua família, seu trabalho e sua sociedade. Compreendendo que esse momento é difícil para o corpo enfermo e requer esforço para ser superado, o profissional enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, pode apoiar, orientar e avaliar a necessidade do corpo enfermo, proporcionando-lhe suporte emocional e segurança. São eles que estão mais próximos do corpo enfermo e podem estimulá-lo a expor seu mundo, seu ponto de vista, discutir suas aflições, com a intenção de atenuar dúvidas e medos e, na tentativa de amenizar suas dificuldades, auxiliá-lo a enfrentar a difícil crise, vivenciada num momento atípico de sua existência.

Para tanto, é preciso que o enfermeiro lhe ofereça cuidados expressivos, que adquiriu não somente com a habilidade técnica, mas também por meio da sua percepção. A percepção é uma via de acesso ao mundo, essencial nas ações de enfermagem, por possibilitar ao enfermeira conhecer e orientar o cliente durante o processo de cuidar. Portanto, ela deve se colocar naquilo que percebe, ter sensações e se deixar envolver intencionalmente, pois são essas condições que permitem “ver o invisível no visível, correlacionar o olhar que escuta, o olhar atento ao olhar que fala [...]” (POLAK, 1996, p.103). Assim, a percepção tem grande importância na prática

profissional da enfermagem, uma vez que oferece subsídios para investigar a realidade e proporciona recursos para o entendimento do ser humano. Cabe aos profissionais da enfermagem compreender a realidade do corpo que vivencia uma enfermidade e observar suas reações, isto é, perceber como ele entende e aceita os fatos a sua volta.

Como afirma Merleau-Ponty (1996, p.6), “a percepção não é uma ciência do mundo, nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por ele”. Desse modo, a observação da doença no corpo não pode ser sentida somente do ponto de vista biológico, pois essa maneira de ver é oriunda do pensamento cartesiano, que dicotomiza e reduz o corpo a mero objeto, obedecendo à mente e às regras do espírito (POLAK, 1996).

Há de se salientar que o modelo biomédico é fruto desse pensamento positivista, que admite tratar o coração desconsiderando a totalidade do corpo e o contexto social, cultural e emocional em que se insere. Perceber o cliente de cirurgia cardíaca além do que seu corpo exterioriza, observando nele suas particularidades, é essencial para que ocorra interação efetiva dos profissionais que o assistem nesse período de muita fragilidade existencial.

Segundo Huf (2002, p.18), “o paciente é constituído de um todo que engloba a sua cultura, os seus princípios e valores, a sua religião ou filosofia de vida, a sua situação socioeconômica, o seu estado emocional e biológico, entre outros”. Realmente, é essa visão de corporeidade que deve permear toda relação entre o corpo cuidador e o corpo cuidado no âmbito da saúde, da formação acadêmica à prática profissional. Entretanto, nem sempre se observa isso como propósito das atividades desenvolvidas pelos profissionais da área de saúde em seu cotidiano.

Percebe-se que os corpos enfermos que adentram o hospital em busca de tratamento são afastados de seu mundo particular e, dessa maneira, privados da companhia dos amigos e da família, que poderiam apoiá-los. Durante esse período, esses clientes perdem o controle de si, confiando sua vida a pessoas estranhas. Segundo Olivieri (1985), eles perdem a privacidade e liberdade, tendo de se adaptar logo a um ambiente diferente, têm saudades de casa, porém, são obrigados a aceitar as normas, na esperança de chegar a ser o que desejam: seres saudáveis.

Na internação cirúrgica, todo o processo perioperatório é relevante, todavia, o período pré-operatório de cirurgia cardíaca parece muito significativo para esses clientes, devido à fragilidade emocional que os envolve nessa circunstância. Isso leva a refletir sobre o papel crucial do enfermeiro no período pré-operatório, no sentido de direcionar seu cuidado não somente para ações instrumentais ou técnicas, mas para as ações expressivas isto é, relacionadas à subjetividade (LABRONICI, 2002), com o fito de amenizar esses sentimentos.

Desse modo, entendo que a visita pré-operatória de enfermagem pode contribuir para a diminuição do estresse do corpo enfermo, quando o enfermeiro dispõe-se a ouvi-lo intencionalmente, pois o relacionamento interpessoal é indispensável para a identificação dos significados que ele dá à doença, ao internamento e ao tratamento cirúrgico (ZAGO e CASAGRANDE, 1996).

A compreensão do significado desse momento pode auxiliar o enfermeiro a prestar cuidados expressivos ao corpo enfermo, principalmente na sala de recepção do centro cirúrgico. Tal fato me impulsiona a querer apreender o que é vivenciado pelo corpo enfermo no pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Assim, a questão norteadora que serve de fio condutor para a apreensão da realidade do paciente é: **Quais são os sentimentos e as percepções vivenciadas pelo corpo enfermo no pré-operatório de cirurgia cardíaca?**

Ao buscar compreender o que é vivido por esses atores em seu processo saúde-doença, esta pesquisa tem como objetivo geral:

- **Apreender os sentimentos e as percepções presentes no discurso do corpo enfermo que se encontra no pré-operatório de cirurgia cardíaca.**

Considerando o exposto, a pesquisa foi dividida em seis partes, sendo que a primeira parte é constituída pela introdução, questão norteadora e objetivo; a segunda, apresenta minha trajetória profissional, na qual expresso meu interesse pelo tema proposto; a terceira parte, aborda o discurso presente na literatura referente à temática; na quarta seção, é apresentado ao leitor a trajetória metodológica da pesquisa; o quinto capítulo, descreve a compreensão do fenômeno de estudo, ou seja, à interpretação e

compreensão dos discursos; finalmente, no capítulo 6, apresento as reflexões resultantes da caminhada.

2 COMPARTILHANDO A MINHA CAMINHADA

*Para tudo há um tempo,
para cada coisa há um momento debaixo dos céus:*

*Tempo para nascer
e tempo para morrer; [...]*

*[...] Tempo para demolir
e tempo para construir;*

*[...] Tempo para calar
e tempo para falar; [...]*

(Eclesiastes)

A escolha do tema ‘sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca’ resulta das diversas indagações que permearam meu caminho, mesmo antes de optar pela enfermagem. Foi um processo ininterrupto, que se relaciona com meu modo ser no mundo e com as coisas que me realizam e fazem sentido na minha vida.

Tudo começou em 1978, quando assisti a uma palestra oferecida pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) sobre o que era enfermagem, em Piraju, pequena cidade do interior de São Paulo onde morava. Foi então que pela primeira vez ouvi falar de Florence Nightingale, fato que me impulsionou, mesmo contra a vontade de meu pai, a prestar o vestibular para enfermagem. A perspectiva de poder cuidar do outro com problemas de saúde encheu-me de sonhos. Naquela época, imaginava que depois de formada me aventuraria pela Amazônia, em uma espécie de ‘Projeto Rondon’, participando de uma equipe multiprofissional, com o intuito de cuidar, ensinar e aprender, ou iria para a Cruz Vermelha, para cuidar dos mais necessitados. Quantos sonhos deixados para trás...

Assim, a vontade de realizar esse sonho de cuidar do outro me levou à trajetória da enfermagem. Comecei a graduação no ano seguinte, na cidade de Ribeirão Preto e, com o desenvolvimento dos estágios curriculares, fui me apaixonando pela área hospitalar, que se apresentava cheia de novidades em aparelhos, respiradores, recursos técnicos. Influenciada pelas políticas de saúde do momento, que, em sua maioria, eram voltadas para ações hospitalares, terminei o curso habilitada em Enfermagem Médico-cirúrgica e, em vez de ir para a Amazônia, iniciei minha carreira profissional na metrópole paulista.

Meu primeiro emprego foi em 1984, em um hospital geral de médio porte de São Paulo, onde a equipe era constituída por quatro enfermeiras supervisoras e uma diretora de enfermagem. Dividíamos-nos para cobrir os 180 leitos do hospital no período diurno, fazendo 44 horas semanais, e passávamos o plantão noturno para uma técnica em enfermagem. Nos finais de semana, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ficavam sob a responsabilidade de uma de nós, e, para visitar todas as

unidades e os internados, muitas vezes, almoçávamos em 10 minutos. Apesar de passar sondas, puncionar acessos venosos e auxiliar nas emergências, desempenhávamos um papel bem administrativo, como: fazer as escalas de atividades e de férias, encaminhar solicitação de medicamentos, prática observada ainda hoje em muitas instituições.

Naquela época, a maioria dos funcionários que compunham a equipe de enfermagem eram atendentes, o que me levava a estar constantemente ensinando técnicas e procedimentos, ou seja, promovendo educação em enfermagem. Essa prática, desde então, despertou em mim a vocação para o ensino, que era traduzido pelo bem-estar que eu sentia quando podia ver os frutos desse aprendizado em meu cotidiano profissional.

Ao refletir sobre minhas experiências nos bancos escolares e o início das atividades profissionais, lembro-me de ser incentivada a não me envolver sentimentalmente com os pacientes, porque o bom profissional era aquele que trata seus clientes com polidez, mas com certo distanciamento.

Essa prática que distanciou os enfermeiros do paciente foi herança do paradigma nightingaliano, o qual “emerge num momento de grande transformação da Grã-Bretanha, provocado pelo movimento da moral vitoriana, pelo puritanismo, doutrina com princípios morais rígidos, que exigiam firmeza de sentimento, autocontrole e redução do auto-envolvimento” (LABRONICI, 2002, p.13).

Nesse contexto, o enfermeiro ideal era aquele que planejava a assistência de enfermagem conforme os modelos adotados para tratamento das doenças – dando ênfase no cumprimento das normas, das rotinas institucionais e nos manuais de procedimentos; e valorizava o conhecimento técnico e científico, sem questionar a subjetividade do corpo enfermo ali internado, considerando o cliente um ser passivo e seu corpo, um objeto que necessitava de cuidados. Segundo Polak (1996), esse corpo mecanizado, objeto das práticas de cuidado, era visto conforme o discurso da alteridade médica, sendo sua observação descrita de forma objetiva, fria, por profissionais que se mantinham distantes, alheios à cena.

Com o passar do tempo, essa idéia de bom profissional perdeu espaço, e hoje se caminha para atender o ser humano integralmente, interagindo com ele, percebendo-o como um ser biopsicossocial, que não pode ter seu corpo, provido de toda carga de sentimentos que lhe foram atribuídos durante a vida, dicotomizado da doença que o levou a necessitar de cuidados. Como afirma Mantovani (2001), o cuidar do ser humano implica em tê-lo como referência, em conhecer suas necessidades, expectativas e possibilidades de reação, compreende-lo e atuar no cuidado, a partir das condições e possibilidades de cada um.

Em minha caminhada profissional, vivenciei diferentes experiências que influenciaram a maneira como conduzo as ações de enfermagem que realizo. Essa trajetória foi fortemente marcada pela filosofia do serviço de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo, meu segundo emprego, em 1985, no qual aprendi a utilizar o processo de enfermagem, a respeitar a individualidade do ser humano e a valorizar minha profissão.

O Hospital Universitário da USP reproduziu o modelo de Wanda Horta, por meio de um Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), no qual o enfermeiro realizava a consulta, desenvolvia o histórico, listava os problemas, fazia a evolução e a prescrição de enfermagem, bem como realizava os cuidados de enfermagem. Dentro desse modelo, foi implantado também um Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), proposto por Castellanos e Jouclas (1990), com realização da visita pré-operatória de enfermagem e acompanhamento no intra e pós-operatório.

Atuando no centro cirúrgico, interagia com os enfermeiros das unidades de internação cirúrgica e prestava assistência integral por meio do SAEP. Foi nessa fase que aprendi a ver o ser humano como um ser individual, holístico, que tem seu próprio contexto de vida, e entendi a importância da visita pré-operatória para os clientes, uma vez que era possível avaliar o benefício que essa prática trazia. Com certeza, foi uma época de realização profissional e entusiasmo pela profissão escolhida. Todavia, por questões do coração, optei pelo casamento e mudei-me para Londrina, no interior do Paraná.

Posteriormente, em 1992, trabalhando como enfermeira da clínica cirúrgica de um hospital especializado em oncologia de Londrina, minha convicção em relação à necessidade de interação cuidador-cuidado fortaleceu-se. Presenciei naquele momento a opção de uma cliente em não realizar um procedimento cirúrgico, quando soube pelo enfermeiro da unidade que, como consequência de seu tratamento cirúrgico, ficaria com uma traqueostomia permanente, o que afetaria sua voz. Apesar de “nós” acreditarmos que o melhor caminho para seu problema fosse a cirurgia, ela disse que preferia morrer, mas não suportaria o fato de ser traqueostomizada e ficar sem falar. Talvez precisasse de um tempo maior para preparar-se e decidir pela cirurgia, mas, se não fosse ouvida e respeitada, sofreria um trauma pós-operatório desnecessário.

Assim, percebi e aprendi, embora com muita dificuldade, a conviver com o sofrimento humano, com a morte, a zelar para que ela ocorresse de forma digna, mas nunca me conformei com essa condição de doença, sofrimento e morte dentro da instituição hospitalar, e isso me levava a questionar até que ponto a submissão ao tratamento valia a pena. A sensibilidade afluía-me na pele e sentimentos de impotência contagiavam meus pensamentos.

Por razões que somente o destino conhece, minha mãe contraiu câncer meses após meu ingresso nessa instituição, que a acolheu para o tratamento. Foram dois anos de luta pela sobrevivência, enfrentados com garra por ela, até o seu falecimento, fato que não impede que me recorde com apreço da equipe que lá atuava. Certa vez, conversando com alguns colegas de trabalho, comentei que sentia que o cuidado ali prestado tinha uma conotação especial, era mais humanizado. Recebi como resposta à minha afirmativa que isso realmente acontecia, porque a percepção do sofrimento do outro deixava os profissionais mais sensíveis e compadecidos. Refletindo hoje sobre essas vivências, percebo que fui fortemente influenciada por esse modelo de cuidar e acho que ele já está enraizado em meu modo de ser.

Permito-me aqui expor o pensamento de Merleau-Ponty (1996, p.123) ao afirmar que: “[...] percepções novas substituem as percepções antigas, e mesmo emoções novas substituem as de outrora, mas essa renovação só diz respeito ao

conteúdo de nossa experiência e não à sua estrutura; o tempo impessoal continua a se escoar, mas o tempo está preso”.

Em 1994, mudei para Curitiba, e tive oportunidade de trabalhar como enfermeira em um ambulatório de escola da rede privada. No começo, confesso que gostei daquele sossego: uma enfermagem onde me entretia com analgésicos, chazinhos e compressas de gelo, mas, com o passar do tempo, senti necessidade de voltar à prática hospitalar, a qual me realizava profissionalmente. Assim, prestei concurso em um hospital universitário, centro de referência no estado, onde imaginei que trabalharia com o processo de enfermagem novamente. No entanto, essa não foi a realidade encontrada. Atuando em centro cirúrgico, não conseguia observar um envolvimento dos enfermeiros com esse processo e nem com o cuidado direto ao cliente.

Apesar disso, o acúmulo de tarefas que são impostas, a tecnologia existente no centro cirúrgico e a dinâmica do serviço serviam de justificativa para esse distanciamento, porque, no centro cirúrgico, o enfermeiro planeja, organiza, atua e comanda as atividades, exercendo funções, na maioria das vezes, administrativas. Além de receber as corporeidades que serão operadas, encaminhá-las à sala operatória, realizar procedimentos assistenciais, estar presente durante o ato anestésico e outros, é responsável pela escala de funcionários, distribuição das cirurgias nas salas, mapa cirúrgico, educação continuada da equipe de enfermagem, resolução das intercorrências, organização e bom funcionamento do setor, que visa a produtividade cada vez maior. Na verdade, o enfermeiro tem atribuições que servem de pano de fundo à atividade de outros profissionais.

Concomitantemente a essas atividades técnico-administrativas, surgiu a oportunidade de acompanhar um grupo de alunos da graduação em enfermagem em estágio no centro cirúrgico, ocasião em que pude perceber a atividade docente, sem ser professora do curso. Como era de se esperar, interessei-me pela docência e introduzi-me nessa prática, como professora substituta da disciplina de Centro Cirúrgico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Foi naquele momento que vivenciei o mundo cirúrgico com os acadêmicos sem estar respondendo pela unidade. Percebi-me, então, em um processo de reflexão sobre a dimensão

humana e essa prática desenfreada que leva a fazer sem questionar, camuflada pelo tecnicismo.

Frente a essa realidade, entendi que a enfermagem necessita ‘estar com’ esses corpos e compreendê-los nessa situação de doença e hospitalização. Compreendi também que é primordial que o enfermeiro perceba o corpo enfermo como corporeidade e não somente vise à cura de sua doença. Sabe-se que o período de hospitalização é singular a cada corpo vivente, vem carregado de uma rede de sentimentos que se entrelaçam e se contrapõem e de significados que possibilitam a compreensão dos fenômenos vivenciados.

Corroborando o pensamento de Labronici (1999 e 2002), acredito que é preciso oferecer não somente ações de cuidados instrumentais, mas ações expressivas, visto que elas estão relacionadas à subjetividade do corpo enfermo, motivo pelo qual a relação que se estabelece entre corpo cuidador e corpo cuidado é de troca, de reciprocidade, complementaridade, que tem início mediante a situação de encontro-interação.

Por isso, em 2002, submeti-me à seleção do Curso de Mestrado em Enfermagem, em busca de novos horizontes que me auxiliassem a compreender melhor meu objeto de trabalho – o corpo enfermo – em seu momento de hospitalização. A opção por estudar o corpo que sofrerá uma cirurgia cardíaca deve-se ao fato de que, em meu entendimento, esse corpo que está no mundo também se encontra em processo reflexivo, de muitas descobertas acerca de si e incertezas perante os acontecimentos.

Assim, pensei ser possível uma interação entre o corpo enfermo e eu, de forma que ambos fossem beneficiados: as suas angústias e receios fossem amenizados e eu pudesse apreender seus sentimentos e suas percepções em relação a esse momento de sua vida.

Conhecer a obra literária de Merleau-Ponty foi essencial para meu entendimento de corpo, corporeidade, intersubjetividade, percepção e fenomenologia, sem o qual eu não poderia seguir meu objetivo.

3 O CORPO E SEUS MÚLTIPLOS SIGNIFICADOS

*Assim é, e nada se pode fazer em contrário.
Ao mesmo tempo é verdade que o mundo é o que
vemos e que,
contudo, precisamos aprender a vê-lo.
(Merleau-Ponty)*

Para compreender os sentimentos e as percepções do corpo enfermo, senti necessidade de vislumbrar o conhecimento acumulado sobre o tema em sua história, desde a época de Platão até a atualidade. Dessa forma, abordo neste capítulo as questões referentes ao corpo, entendido de diferentes maneiras através dos tempos; o modo como esse corpo tem sido visto e tratado na área da saúde; como ele é interpretado pela fenomenologia e, principalmente, pelo filósofo Merleau-Ponty, que concebe o corpo como sendo o concreto da existência e sua forma de expressão, isto é, a corporeidade. De acordo com o objetivo deste estudo, julguei necessário, também, trazer referências em relação ao corpo que necessita de cirurgia cardíaca.

3.1 O CORPO NA HISTÓRIA

A escolha dessa temática como início de minha reflexão deve-se ao fato de que o corpo, como o concreto da existência, dá acesso ao mundo, às coisas (MERLEAU-PONTY, 1996) e a toda experiência vivida. A busca de conhecimentos acerca das diferentes concepções atribuídas ao corpo através da história conduziu-me ao passado e às reflexões sobre o processo histórico, social e cultural vivido pelo homem em relação a sua corporeidade. Este estudo sobre os significados do corpo ao longo dos tempos contribuiu para a minha compreensão do cotidiano no ambiente hospitalar, onde o corpo é o principal foco de atenção.

Fruto de minhas inquietudes e reflexões acerca dos significados do corpo, exponho um pequeno poema construído no início desta caminhada, com o intuito de expressar meus sentimentos:

UM CORPO, MUITOS SIGNIFICADOS...

Corpo bonito..., corpo feio...,

Corpo malhado..., corpo natural...,

Corpo saudável..., corpo doente...,

Corpo iluminado..., corpo apagado...,

*Corpo explorado..., corpo escondido...,
 Corpo amado..., corpo odiado...,
 Corpo expressivo..., corpo calado...,
 Quantas formas de ver e sentir um corpo,
 ou o meu próprio corpo!
 Meu corpo tem vida, expressa meus sentimentos,
 revela os acontecimentos,
 afirma o meu estar no mundo.
 Meu corpo sou eu!
 Como captar todas as mensagens
 que o corpo do outro quer me passar?*

(SOUZA, 2001)

Nesse poema descrevo como comecei a perceber as diversas formas de conceber o corpo, o que até este momento não possuía significado especial para mim. A partir daí, pude compreender a importância do corpo para o ser humano e para as relações interpessoais. O poema é originário também de minha convivência social, do meu contexto de vida e do meu corpo que, estando no mundo e interagindo com outros corpos, captou essas expressões, às vezes contraditórias, mas que fazem parte do que é percebido e do imaginário, como estados de consciência.

A história proporcionou um vasto campo de pesquisa relacionado ao corpo nas diferentes épocas e também permitiu observar a evolução do homem de acordo com os avanços e as aspirações da sociedade. Nesse sentido, a visão de corpo concebida por alguns filósofos, que servem de referência para qualquer estudo sobre o assunto chamou-me a atenção.

No século V a.C., Platão já defendia a dicotomia corpo-consciência, ou seja, corpo e alma, sendo o corpo realidade visível e a alma, invisível. A função do corpo era perceber os objetos pelos sentidos, enquanto a alma era pura, eterna, imutável. Porém, ao servir-se do corpo, ela degrada-se, abala-se, tornando-se prisioneira dele (PLATÃO, 1999).

Platão demonstra que, em sua juventude, admirava a beleza física, mas, com o amadurecimento, descobriu que a beleza da alma é mais preciosa que a do corpo. Ele também valorizava a ginástica, argumentando que a educação física dá ao corpo saúde perfeita, permitindo que a alma se desprenda do mundo corpóreo e dos sentidos e se concentre na contemplação das idéias (ARANHA e MARTINS, 2002).

Aristóteles, no séc. IV a.C., reconhecia o papel do corpo e dos sentidos no conhecimento, não o considerando cárcere da alma. Assim como Platão, ele menosprezava o trabalho físico que envolve o homem em sua corporalidade. Santo Agostinho, que se situou na passagem do mundo greco-romano para a Idade Média (séc. IV e V), teve seu pensamento influenciado por Platão e considerava o homem uma mistura de alma e corpo, vendo a alma como interioridade, como autoconsciência. Apesar de demonstrar desprezo pelo corpóreo e pelas coisas materiais e terrenas, o santo vê a alma como um Eu que pensa, sente e age, que não só anima o corpo, mas também o torna sensível ao mundo exterior, conforme sua interioridade (GONÇALVES, 2001).

Na Idade Média, por volta do século X, a Igreja exercia grande influência política e econômica na população e não permitia que houvesse preocupação com o corpo, considerando-o desprezível (ROMERO, 1993). Nessa época, denominada por alguns estudiosos de ‘período das trevas’, o corpo, no âmbito religioso, ocupava lugar de subordinação, sendo alvo de punição e de regulação. Essa subordinação do corpo ao espírito inferioriza-o, fazendo com que ele fosse visto como a prisão da alma e o responsável pelas faltas cometidas (POLAK, 1996).

Acreditando que o corpo era sinal de pecado e degradação, as pessoas desenvolviam práticas de purificação, por meio de atividades espirituais para controle dos desejos, como o jejum, a abstinência e a flagelação (ARANHA e MARTINS, 2002). Apesar da distância temporal que separa a atualidade daquele período histórico, ainda hoje inúmeras são as atividades práticas que seguem esse pensamento, demonstrando a influência que o passado exerce na cultura. Ao mesmo tempo, porém, em que o corpo era considerado inferior, ele também era visto como obra de Deus e,

por isso, era sagrado, o que gerava proibição expressa do estudo do corpo após sua morte.

Analisando a obra de São Tomás de Aquino, que viveu no século XIII, Gonçalves (2001) comenta que ele foi influenciado por Aristóteles e que ultrapassa a divisão corpo e alma defendida por Platão, e a divisão entre o mundo sensível, dos fenômenos, e o inteligível, das idéias, no que foi seguido por Santo Agostinho. Unindo o mundo do espírito e o mundo do corpo, ele vê o homem como uma unidade substancial de alma e corpo que está presente na própria constituição da pessoa.

No século XV, início do Renascimento, a concepção de corpo sofreu uma transformação. Passando a ser objeto de interesse e de estudos, o corpo foi redescoberto, principalmente, em relação às artes, fato que pode ser confirmado nas telas de pintores famosos como Leonardo da Vinci. Esse pintor obtinha cadáveres às escondidas para estudar anatomia e conseguir base para suas pinturas. Ele preocupava-se com os sistemas internos do corpo humano e interessava-se por sua forma. Suas telas retratam o corpo humano com riqueza de detalhes, evidenciando músculos, ossos e expressões, como é possível verificar nas pinturas *Mona Lisa*, *São Jerônimo* e *O Batismo de Cristo* (EDUC, 2000).

Conforme Sant'Anna (1995), a partir daí, o corpo passou a ser visto como algo que se tem e não aquilo que se é: para a população pobre, o corpo permanecia ligado à natureza, subordinado aos costumes comunitários; para a elite, conforme os códigos da sociedade que vivia na corte, submetida ao modelo anatomista em moda, o corpo era considerado independente do cosmo, voltado para si mesmo. Uma vez transformado em objeto de dissecação pela medicina e ciência, passou a ser considerado nada mais que um corpo, objeto de estudos.

Segundo Aranha e Martins (2002), nos séculos XVI e XVII, a filosofia cartesiana mostrou uma nova abordagem a respeito do corpo. Descartes começou a desenvolver suas idéias duvidando da realidade do mundo e do corpo, até chegar à primeira verdade indubitável: *o cogito*, o pensamento. Ao recuperar a realidade do mundo e do corpo, encontrou um corpo que era pura exterioridade, uma substância extensa, material. Assim, fez emergir o sujeito, constituído de duas substâncias, uma

pensante, de natureza espiritual, que é o pensamento; e a outra de natureza material, que é o corpo. Desse modo, surgiu o dualismo psicofísico, determinando uma nova visão do corpo, sendo ele corpo-objeto, associado à idéia mecanicista do homem-máquina, com predomínio da razão.

Percebe-se que o corpo vem sendo considerado ‘objeto’ há vários séculos: objeto de ostentação e de aparência, que ressalta o poder da realeza; objeto de estudos a serviço da medicina e da arte; por meio das dissecações de cadáveres, convertido na obra literária de Vesálio (séc. XVI), denominada *De humano corporis fabrica*; objeto de produção de energia e de trabalho para o proletariado; objeto que deve ser disciplinado e controlado em nome da estética e da saúde; objeto de prazer ou de vergonha, conforme os ditames culturais da sociedade. Com o capitalismo, a força muscular do trabalhador – sua energia e sua resistência – passou a ser explorada, o que fazia do corpo um objeto manipulável e oprimido, um meio para a expansão do capital.

Na era industrial, o corpo era manipulado como instrumento da produção, lugar de disciplina e controle. Na sociedade pós-industrial, caracterizada pela difusão do saber, da informação e da tecnologia, esse controle foi repensado, podendo-se perceber uma visão do corpo como construção narcísica-hedonista, disciplinado pelas regras da estetização geral dessa sociedade (VILLAÇA, 1997).

Na Idade Contemporânea, as práticas punitivas tornaram-se pudicas, fazendo com que o contato com o corpo fosse o mínimo possível. De acordo com Foucault (2002, p.12), “[...] desapareceu o corpo supliciado, esquartejado, amputado, marcado simbolicamente no rosto ou no ombro, exposto vivo ou morto, dado como espetáculo”. Para o autor, esse corpo foi colocado num sistema de coação, privação e proibições e qualquer intervenção sobre ele, seja pela reclusão ou por trabalhos forçados, tem como objetivo privar o indivíduo de sua liberdade.

No final do século XIX, a idéia do corpo funcional associou-se à necessidade de produção. Médicos, sanitaristas e empresários intimaram homens e mulheres de todas as classes sociais a aumentar sua produção em nome do progresso (SANT’ANNA, 1997). Desse modo, Siebert (1995) refere que o corpo passou a ser visto como objeto

técnico instrumental que funciona por meio de códigos genéticos, de operações e cálculos, tendo como modelo a máquina, sendo previsível e controlável.

Essa concepção ainda é sustentada atualmente, sobretudo nos países subdesenvolvidos, tendo em vista o poder e o interesse político-econômico das grandes nações. A elas interessa manter grande parte da população dos países subdesenvolvidos alheia aos estudos, sem acesso à cultura e ao lazer, produzindo cada vez mais para benefício delas.

No final do século XIX, um novo pensamento, denominado ‘fenomenologia’, tentava superar a dicotomia corpo-espírito, consciência-objeto e homem-mundo, descobrindo neles relações de reciprocidade. O corpo, nessa perspectiva, não se identifica com as coisas, mas é enriquecido pela noção de que o homem é um ‘ser no mundo’, não é coisa nem objeto, e sim parte integrante da totalidade do ser humano, é o primeiro momento da experiência humana, um ser que vive e sente (ARANHA e MARTINS, 2002).

No auge desse movimento, surge Merleau-Ponty, vendo o homem não como consciência transcendental, mas sim como consciência encarnada. O corpo é por ele concebido como corpo vivido e não como um conjunto de órgãos, como objeto funcional. Conforme Polak (1996), esse filósofo rompe com o cartesianismo, vendo o homem na sua integralidade, nem corpo nem espírito, nem sujeito nem objeto, mas como sendo corpo e espírito, sujeito e objeto, interioridade e exterioridade, natureza e cultura.

Precursor da fenomenologia existencial, Merleau-Ponty procura compreender o homem na sua estrutura universal e na sua experiência do que foi vivido, simultaneamente. Além de detalhar a estrutura do ser humano nos estudos da corporeidade, da sexualidade, da intersubjetividade, da temporalidade, da liberdade, do pensamento e da linguagem, ele evidencia também as estruturas da percepção, da coisa, do objeto, da doença, dos sentidos, da imagem e do ser (CAPALBO, 1986).

Em sua obra *Fenomenologia da percepção* (1996), ele escreve que o corpo é espaço expressivo, é o próprio movimento de expressão, é o meio de o ser humano ter no mundo. O corpo é veículo do ser no mundo, é a realidade de existência. Apesar de o

homem e o mundo não serem a mesma coisa, um não se concebe sem o outro. Nesse sentido, Merleau-Ponty (1996, p.273) afirma que “o corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, forma com ele um sistema”.

Sua filosofia mostra que o corpo está no mundo, misturado às coisas, ao mundo e aos outros, possibilitando conhecer a ligação entre a essência e a existência, a partir da percepção. Ele é criador de sinais e de significações. Nesse sentido, Labronici (1999) defende que Merleau-Ponty concebe o corpo como um conjunto de significações vividas, capaz de ver, sofrer, pensar, expressar no olhar e por meio dele, da palavra e também do silêncio.

Somente se aprende a conhecer esse nó de significações vividas que é o corpo, quando se assume o corpo. A existência é uma experiência de intersubjetividade, em que as pessoas se comunicam e se relacionam, e é por meio dessas relações que se pode perceber o outro, experienciar seus gestos, suas atitudes, sua fala e compreendê-lo, é o que afirma Merleau-Ponty (1996), ao colocar que “[...] quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele” (p.269).

Nesse contexto, identifico-me com este filósofo, à medida que considero o corpo como existência, uma forma de expressão no mundo. As sensações corporais colocam o homem em constante interação e aprendizagem com este mundo, que deve ser considerado ‘meio’ e não exterioridade.

Para Iwanovicz (1994), essa aprendizagem e esse crescimento acontecem sempre numa cultura, numa sociedade organizada, que tem suas regras, leis e proibições. O que leva o autor ressaltar a necessidade do ser humano descobrir, sentir e conhecer seu corpo, em toda sua força e seu poder, para, por meio desse corpo consciente e conhecido, entrar em contato com a realidade e ter uma ligação verdadeira, que o aproxime de si mesmo.

No entanto, vale destacar que apesar de toda essa concepção, na visão antropológica, segundo Rodrigues (1979, p.125), a experiência do corpo é sempre

modificada pela experiência da cultura, pois a “percepção do corpo é função da organização da sociedade e do modo de relação do corpo com as coisas.” Portanto, o corpo carrega a marca da vida social, expressa a preocupação da sociedade de imprimir nele algumas transformações que escolhe de um repertório cujos limites virtuais não se podem definir. É como uma massa de modelagem, na qual a sociedade imprime formas de acordo com suas próprias disposições, projetando a fisionomia do seu próprio espírito. Para o autor, o corpo significa, ao mesmo tempo, a Vida e a Morte, o Normal e o Patológico, o Sagrado e o Profano, o Puro e o Impuro, ou seja, oposições que demonstram sua complexidade e globalidade.

De acordo com Kofes (1994), apesar de o corpo ser uma afirmação individual, nele também se escrevem os costumes sociais. Esse autor afirma que “a linguagem do corpo é importante porque reformula, explicita, coloca questões que às vezes unicamente a fala é incapaz de expressar” (p.60). Nesse sentido, Ferreira (1998) refere que o corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas, conforme o contexto social. É um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. Segundo Goto e Gianastácio (2003), o homem que tem uma postura estética frente à vida, descobre a íntima unidade do ser e da existência, da vida e do universo, do espírito e da natureza. Conforme Siebert (1995), isso ocorre porque a subjetividade é uma estrutura indissociável do corpo, que não se esgota na corporeidade, mas sim a transcende.

Nesse contexto, Liberman (1997) afirma que o corpo é um registro das lutas e dos embates vividos pelo homem, de um lado, influenciado pelas marcas da subjetividade e, de outro, constitui um campo onde surgem os desejos, os acontecimentos, a vida se processa, tornando a existência um conflito permanente. O corpo gera sensações, imagens, emoções, ele fala e se expressa. Como é a cultura que determina o modo como o corpo vai se expressar, cada povo tem sua maneira própria de expressão (SANTOS, 1990).

A concepção de corpo, na área da saúde, tem sido focada no reducionismo enfatizado por Descartes, que o vê como objeto, associando-o à idéia de homem-

máquina. Apesar da preocupação com a humanização do cuidado que vem surgindo e mostrando sua importância, o pensamento cartesiano é muito forte. Frequentemente, vêm-se profissionais tratando de doenças sem levar em conta o ser humano e seu contexto de vida, tratando-o como se fosse um objeto.

Entretanto, uma outra perspectiva é registrada na obra *O olho e o espírito*, na qual Merleau-Ponty (2002) refere que o corpo se move, desdobra-se, é difícil de ser compreendido por ser ao mesmo tempo vidente e visível. É um estado desordenado que se compreende no meio das coisas, composto de verso e reverso, de passado e futuro (MERLEAU-PONTY, 2002). Desse modo, o corpo em sua totalidade não é uma reunião de órgãos justapostos no espaço, ele é um corpo por inteiro, em que cada membro tem sua posição definida, embora esteja envolvido em um *esquema corporal* ambíguo (MERLEAU-PONTY, 1996).

O homem não pode ser visto como um corpo com partes separadas e que podem ser tratadas isoladamente, conforme ressalta Merleau-Ponty (1996, p.204), ao comentar a enfermidade: “Meu corpo é esse núcleo significativo que se comporta como uma função geral e que, todavia, existe e é acessível à doença”.

A doença, da maneira como é vivida pelos corpos enfermos, pode ser vista sob dois aspectos: de natureza estrutural, o qual a entende no que ela realmente é, em qualquer lugar do mundo; e de natureza material ou de conteúdo, no qual ela expressa a situação concreta do ser doente, que se mostra por meio de sua corporeidade, diferindo de um lugar para o outro, pois está ligada à história de cada um. Assim, a doença é uma facticidade do corpo, que não pode ser visualizada como parte isolada (MERIGHI, 2002).

Na busca da preservação da saúde, do bem-estar e da cura das doenças, observa-se um avanço nas relações da enfermagem com o corpo cuidado. Para cuidar, é necessário conhecer o corpo cuidado. O cuidar, segundo Waldow (1999), envolve uma ação interativa e comportamental, alicerçada em valores e no conhecimento do ser que cuida, *para* e *com* o ser que é cuidado. Se o cuidar é uma interação interpessoal, uma intervenção terapêutica e uma característica humana, deve ser permeado por elementos como respeito, consideração, compaixão e afeto. O cuidado

auxilia no processo de cura, fazendo com que ela seja mais rápida e menos traumática. Conforme Patrício (1992), o cuidado deixou de ser um simples ato de realização de procedimentos que visam a resultados diretos no corpo do sujeito, para ser um processo que requer interação entre enfermeiro e cliente, o qual envolve inclusive questões de cidadania.

Por tudo isso, o conceito de corpo, de saúde e o de doença são fundamentais para a formação dos enfermeiros, uma vez que o corpo é o espaço em que os fenômenos de saúde e doença acontecem. O corpo é visto como um instrumento de ação da equipe de enfermagem; expressa trabalho, movimento, cuidado e vida; está intimamente ligado à saúde e à doença. Esse é o pensamento que deve estar na mente dos profissionais de saúde, refletindo-se em sua prática, fazendo com que eles busquem sempre a valorização do homem em suas mais diversas formas de expressão.

Os enfermeiros realizam cuidados de enfermagem em seres humanos que vivenciam situações de saúde e doença. Esses cuidados são mediados pelo corpo cuidador a todas as pessoas que estejam incapazes de cuidar de si próprias, por não saber como fazê-lo, não ter vontade de fazê-lo ou por necessitarem de ajuda para ter uma morte digna (HENDERSON, 1989).

A saúde é um estado natural para o corpo, a doença não, pois provém da introdução de elementos nocivos a ele, afetando-o. Collière (1989) afirma que a saúde relaciona-se com o desenvolvimento do homem, com o uso da mente de forma construtiva, com bons cuidados prestados ao corpo, com a expressão das emoções de forma efetiva, com o envolvimento salutar entre ele e o meio, enfim, com um bem-estar dinâmico.

O corpo pode ser visto como um texto, cujas leitura e interpretação são feitas tanto pelo doente quanto pela equipe de saúde (FERREIRA, 1995). Do ponto de vista de quem está doente, a interpretação da doença não é feita somente com base em sensações fisiológicas, pois a leitura dessas sensações é uma construção social. Essa interpretação depende diretamente da representação de corpo e doença entendida por cada grupo.

O significado da doença e da prática hospitalar é pensado a partir de valores negociados por meio de uma comunicação em que haja troca recíproca de informações, olhares, diagnósticos, emoções e vivência cotidiana no hospital. A doença deve ser concebida dentro das esferas em que são construídas a identidade, as relações interpessoais, a vivência pessoal e a história do doente (BORGES, 1995).

Enfim, essa problemática da doença tem sido abordada de diferentes maneiras, de acordo com a época, o local, a posição e a condição social de cada um, sendo diferentes também os resultados obtidos das complexas interações dos processos biológicos e da sociedade, no que se refere às doenças cardiovasculares.

Dessa forma, estudar o corpo possibilitou-me conhecer e questionar períodos históricos, impregnados de significados e regras determinadas em cada um deles. Concebo o corpo como um canal para as percepções humanas. É por meio dele que se podem expressar os sentimentos, chorar, tocar, ter prazer, andar, falar, amar, trabalhar, enfim, relacionar-se com o mundo e ser parte integrante dele. O corpo tem seu próprio universo, é único e, ao mesmo tempo, repleto de particularidades, desejos, significados, esperanças e incertezas.

Contudo, julguei necessário compreender também as enfermidades que atingem os corpos que fazem parte de minha pesquisa, que são os cardiopatas. Desse modo, o próximo item aborda as cardiopatias que levam o corpo enfermo a precisar de cirurgia cardíaca como possibilidade de tratamento.

3.2 O CORPO ENFERMO QUE NECESSITA DE CIRURGIA CARDÍACA

Em busca de conhecimento sobre o corpo enfermo que sofrerá uma cirurgia cardíaca, procurei na literatura dados epidemiológicos sobre as doenças cardiovasculares no Brasil e fiz uma síntese das doenças cardíacas que têm indicação do procedimento cirúrgico cardíaco como tratamento.

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico populacional mostram declínio nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas, como a doença cardiovascular e

o câncer (BRASIL, 1998). Ressalta-se que as doenças do aparelho circulatório ocupam posição de destaque no âmbito da saúde, sendo a principal causa de óbitos em todo o território nacional, e vitimaram 260.555 brasileiros em 2000 (BRASIL, 2003).

De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre as doenças cardiovasculares, o maior número de óbitos é causado por doenças isquêmicas do coração, seguidas pelo infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas e doença reumática aguda e crônica (BRASIL, 2003). Além de ser responsável por 31,3% dos óbitos no País, as doenças cardiovasculares são consideradas a segunda causa de internações hospitalares, segundo informações do Sistema Único de Saúde (CARMO, BARRETO e SILVA JR., 2003).

As doenças do aparelho circulatório apresentam padrão de mortalidade com importantes características: altas taxas em faixas jovens, entre mulheres e em hipertensos, constituindo o conjunto de doenças crônicas que provocam maior gasto em assistência médica ao Sistema Único de Saúde (LOTUFO, 1996).

As pesquisas mostram a multifatorialidade dessas doenças, cujas causas mais freqüentes são a predisposição genética, o tabagismo, a hipertensão arterial, a elevação do colesterol sérico, o estresse, a vida sedentária, a obesidade e a diabetes mellitus (CAMPOS, 1992). Embora prevaleçam em pessoas do sexo masculino, elas têm acometido um grande número de mulheres, principalmente após a menopausa, quando há diminuição do hormônio estrogênio (HAFE *et al.*, 1997).

O adoecimento crônico provoca alterações intensas no estilo de vida das pessoas, devido às restrições exigidas pela própria patologia, as necessidades terapêuticas, o controle clínico da doença e a necessidade de internação hospitalar freqüente (SILVA *et al.*, 2002). É necessário, então, que o corpo enfermo desenvolva alguns mecanismos de adaptação biológica, psicológica e social, para enfrentar esses momentos.

A doença cardíaca coronariana mais comum é a aterosclerose, na qual a deposição de placas de gordura ao longo das camadas internas dos vasos estreita progressivamente sua luz, fazendo com que o fluxo sanguíneo seja insuficiente para atender à demanda do miocárdio. Os sintomas dessa doença, por ordem de gravidade,

são: angina de peito, síndrome coronariana intermediária e infarto agudo do miocárdio (MELTZER, PINNEO e KITCHELL, 1993).

A angina pectoris é um tipo distinto de dor localizada na região subesternal, que pode irradiar-se para os braços, pescoço, mandíbulas, dentes ou regiões escapulares. Ela é causada pela redução da quantidade de oxigênio disponível no miocárdio (isquemia). A dor geralmente aparece com alguns tipos de esforço físico ou estresse emocional e é aliviada rapidamente com o uso de nitritos sublinguais. Quando o padrão da dor piora, ocorrendo durante o repouso ou não sendo controlada pelos nitritos sublinguais, a angina pectoris passa a ser denominada angina instável, indicando um avanço da doença coronariana. A ocorrência de isquemia intensa e contínua numa porção do miocárdio destrói suas células por falta de oxigênio, causando necrose tissular na área atingida. Esse processo destrutivo é chamado infarto agudo do miocárdio, causado geralmente por aterosclerose coronariana (MELTZER, PINNEO e KITCHELL, 1993).

Embora a doença isquêmica do coração prevaleça entre as doenças cardiovasculares, destacam-se ainda as valvopatias que acometem as válvulas mitral, tricúspide e aórtica. A valvopatia reumática é a mais comum e ataca com maior frequência a válvula mitral, provocando estenose ou insuficiência. A valvopatia crônica é considerada um importante problema de saúde, em que a evolução da doença determinará a necessidade da intervenção cirúrgica (KUBO *et al.*, 2001).

A cronicidade da cardiopatia e suas complicações criam uma atmosfera de incerteza, medo e frustração (BLACK e MATASSARIN-JACOBS, 1996). Os coronariopatas enfrentam um processo de adaptação diante das alterações decorrentes da doença, ficando com sua dinâmica interior e seu 'eu' desestruturado (LAMOSA *et al.*, 1990). O próprio diagnóstico pode alterar a percepção do ser humano quanto a si e ao seu corpo, trazendo muitas implicações em seus sentimentos, pensamentos e comportamentos (MORAES *et al.*, 1999).

Há mais de 30 anos introduziram-se os princípios básicos da cirurgia cardíaca, e a sua aplicabilidade expandiu-se rapidamente, devido à alta prevalência e à alta mortalidade da doença coronária (STOLF e JATENE, 1998).

As cirurgias cardíacas podem ser corretoras, reconstrutoras ou substitutivas. As corretoras, que podem levar à cura ou melhora excelente e prolongada, incluem a correção de defeitos congênitos, como fechamento do canal arterial, do defeito do septo ventricular ou do septo atrial, correção de estenose mitral ou da tetralogia de Fallot. As cirurgias reconstrutoras incluem a revascularização coronária e a reconstrução das válvulas. As consideradas substitutivas nem sempre são curativas, devido às condições pré-operatórias do cliente, e nelas incluem-se as substituições valvulares ou do coração (BLACK e MATASSARIN-JACOBS, 1996).

A cirurgia de revascularização do miocárdio é uma das opções no tratamento dos pacientes com doença isquêmica cardíaca e tem como objetivos prolongar a vida, promover o alívio da dor da angina e melhorar a qualidade de vida (DANTAS e AGUILAR, 2001).

A correção ou substituição das válvulas cardíacas é uma manobra cirúrgica paliativa, devido às condições pré-operatórias do coração. As válvulas cardíacas podem ser substituídas por válvulas protéticas mecânicas ou tissulares. No caso de substituição por válvula mecânica, será necessário que o corpo enfermo utilize anticoagulante durante toda sua vida. Quando a opção for pela válvula tissular, ele provavelmente precisará de nova troca em torno de dez anos, uma vez que essas válvulas apresentam menor durabilidade (BLACK e MATASSARIM-JACOBS, 1996). Portanto, os corpos que se submetem à troca de válvula cardíaca precisam se comprometer com o tratamento no pós-operatório e experimentam um sentimento de medo e incerteza em relação à necessidade de uma nova cirurgia.

O transplante cardíaco é outra intervenção cirúrgica, considerada como único recurso para alguns cardiopatas em estágio avançado ou terminal de sua doença, sendo motivo de esperança de sobrevivência ou melhora da qualidade de vida, principalmente para aqueles que aguardam pelo órgão um longo período. De acordo com Lemos e Cantinelli (2001), antes do transplante, eles apresentam limitações significativas, que produzem desconforto na realização de suas atividades rotineiras, como alimentação, lazer, trabalho, higiene pessoal, prática sexual e sono, sendo o tratamento clínico pouco efetivo. Sendo assim, o ser humano que aguarda em fila de

espera por um transplante cardíaco vive em constante estresse emocional, diante da possibilidade de morte antes do procedimento cirúrgico, esperando com ansiedade a chegada do órgão que pode restituir-lhe a saúde (HOJAIJ e ROMANO, 1995).

Neste estudo, o corpo enfermo é o adulto portador de doença cardiovascular que necessita da cirurgia cardíaca como tratamento. Ele pode apresentar períodos de descompensação cardíaca, em que necessita de internação hospitalar, repouso, dieta especial e suspensão das atividades rotineiras. Para submeter-se a intervenção cirúrgica cardíaca, ele precisa fazer uma avaliação clínica completa, com exames invasivos e não-invasivos, como: eletrocardiograma, ecocardiografia, teste ergométrico, exames eletrofisiológicos, radiografias, angiografia, cintilografia, tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, cateterismo, aortografia e exames laboratoriais hematológicos, dentre outros.

Essa penosa caminhada pelos centros diagnósticos no período pré-operatório contribui para o aparecimento de fantasias e aumento da expectativa em relação ao procedimento cirúrgico propriamente dito. Além disso, Mello Filho (1992) refere que o fato de a cirurgia ser cardíaca causa mais ansiedade do que se fosse em outro órgão, devido à simbologia do coração como o centro da vida, trazendo pressentimento de destruição total do ser e, conseqüentemente, medo da morte.

De acordo com Baggio, Teixeira e Portella (2001), essa ansiedade pré-operatória e as complicações pós-operatórias podem ser minimizadas por meio de processo educativo no pré-operatório, proporcionado pelo enfermeiro. Planejar a assistência de enfermagem aos corpos que passarão pela cirurgia cardíaca requer desse profissional habilidade e conhecimento a respeito dos possíveis medos e prováveis reações emocionais que ele possa apresentar diante da situação.

Em estudo sobre o impacto emocional da cirurgia cardíaca, Pires, Sharovsky e Romano (1994) perceberam que a maioria dos entrevistados apresentava dificuldades para conviver com as mudanças causadas pela doença em sua rotina de vida, sentindo-se ameaçados pela intervenção e pelas restrições que poderiam ter no pós-operatório. Observaram também que, sobretudo, no período pré-operatório, eles apresentavam

introversão e vontade de voltar ao passado ou permanecer absortos em seus pensamentos, criando uma atitude de expectativa perante a vida.

O profissional de saúde que presta cuidados no perioperatório de intervenção cirúrgica cardíaca deve ter habilidade técnica em relação aos equipamentos e procedimentos pertinentes, ter conhecimento científico e estar atento ao coração do cliente, mas também precisa ser capaz de tocar, dialogar, orientar e ficar junto dele nessa fase do tratamento. À medida que se aproxima a data da cirurgia, aumentam as inquietações e os sentimentos de medo e ansiedade do cliente (BRENTANO e LEITE, 2003).

Os autores acima (2003) referem que o medo de a anestesia causar a morte durante a cirurgia é bastante comum, embora os anestésicos usados atualmente ofereçam grande segurança ao procedimento. O retorno à consciência após a anestesia permite que o corpo experimente sentimentos ambíguos: o desconforto físico, pelo uso dos aparelhos, e a alegria, por estar vivo.

Na sua passagem pelo centro cirúrgico, o corpo enfermo, cercado de máscaras, de gorros, de equipamentos de última geração, de procedimentos complexos, vê-se a mercê do cuidado de outros corpos. No período transoperatório, ele é atendido pelos profissionais considerados pela equipe como os mais habilitados, competentes e controlados, porém, muitas vezes, eles estão preocupados ou ocupados com o funcionamento da sala operatória, com os equipamentos cirúrgicos, com os riscos de infecção, e não ‘percebem’ a presença angustiada daquele que é o foco de seu trabalho.

Nesse momento, esse corpo enfermo observa tudo calado, muitas vezes, orando em seu silêncio. Na sala operatória, tudo é estranho e ao mesmo tempo dinâmico: barulho de metal, barulho de monitor, conversas paralelas, aparelhos ligados, luzes acesas, veia puncionada, máscara de oxigênio. Vai começar a cirurgia, mas o cliente não pode assistir, pois já dormiu, tendo dúvida sobre seu despertar.

Conforme Pires, Sharovsky e Romano (1994), a maioria dos corpos enfermos apresenta dificuldade para conviver com as mudanças que podem ocorrer em sua rotina, sentindo-se ameaçados pelas restrições que possam ter no pós-operatório.

Apresentam, então, sentimentos de frustração, insegurança, fragilidade e impotência frente à situação.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*O que nos importa é precisamente
saber o sentido de ser do mundo;
a esse propósito nada devemos pressupor [...]*
(Merleau-Ponty)

4.1 A ESCOLHA DO CAMINHO

Considerando-se o foco da pesquisa, escolhi para obtenção, análise e compreensão dos discursos a abordagem fenomenológica, à luz do pensamento do filósofo Maurice Merleau-Ponty. Essa escolha deve-se ao fato de que a fenomenologia estuda situações que emergem da existência humana, ou seja, do que foi vivido pelo sujeito, preocupando-se em descrever o fenômeno, a experiência de vida. Desse modo, mesmo sabendo que essa abordagem encontrava-se muito distante de minha prática, vislumbrei a possibilidade de desenvolver minha temática nessa dimensão compreensivista e ousei imergir na esfera filosófica.

A palavra fenomenologia surgiu das expressões gregas *phainomenon*, que significa aquilo que se mostra por si mesmo; e *logos*, que significa discurso esclarecedor que se estabelece pela comunicação. Portanto, o termo ‘fenomenologia’, segundo Martins e Bicudo (1989), pode ser entendido como discurso esclarecedor sobre aquilo que se mostra por si mesmo. A fenomenologia teve como precursor o filósofo Edmund Husserl, havendo posteriormente outros adeptos, como Hegel, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Paul Ricoeur e Jaspers.

A perspectiva fenomenológica, especialmente, o pensamento de Merleau-Ponty, contrapõe-se à filosofia positivista, arraigada ao modelo cartesiano, que vê o corpo como um conjunto de partes que podem ser analisadas e tratadas separadamente. Ela apresenta a possibilidade de uma reflexão sobre o vivido, uma análise da essência da existência, na qual o corpo é percebido em sua totalidade.

Para Merleau-Ponty (1996, p.1), a fenomenologia “é o estudo das essências, e todos os seus problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo”. É uma ciência que substitui a essência pela existência, partindo do princípio de que o homem e o mundo somente podem ser compreendidos por meio de sua “facticidade”¹, conforme seu modo de ser no mundo, sua corporeidade.

¹ Noção introduzida pela fenomenologia contemporânea para indicar a determinação sob a qual é apreendida a existência humana, impossível de ser fundada segundo o princípio da ‘razão suficiente’.

Chegar à essência significa compreender o mundo tal como ele é e apresenta-se. O mundo é o que se percebe, o que se vive. Ao abrir-se para o mundo, o ser humano estará em comunicação com ele, e essa abertura diz respeito a uma intencionalidade, à direção da consciência (MARTINS, 1992).

Sobre a intencionalidade, Merleau-Ponty (1996) deixa claro que, para haver consciência, é necessário existir algo do qual ela seja consciência, um objeto intencional. Se toda consciência é sempre consciência de alguma coisa, ela não é substância, mas uma atividade constituída por atos, como a percepção, a imaginação, com os quais visa a algo.

Para a fenomenologia de Merleau-Ponty,

[...] é preciso considerar o outro humano no mundo. Se somos uns para os outros, ou ‘uns-com-os-outros’, precisamos, necessariamente, ter uma aparência mútua. Não se trata de uma aparência externa, mas de uma aparência ou perspectiva um do outro. Minha visão dos outros e a que eles têm de mim é que permitem nossa posição no mundo (*apud* MARTINS, 1992, p.55).

Na concepção de Merleau-Ponty, a percepção não é vista como no pensamento clássico, no qual ela é resultante da inteligibilidade, nem é concebida de acordo com a psicologia clássica, como um receptor de estímulos exteriores, transformados conforme o ponto de referência. Para o autor, a percepção é o fenômeno fundamental que se preocupa com a relação entre a consciência e o mundo, permitindo ao ser humano apreender as questões relacionadas às sensações e ao conhecimento das coisas, ao espaço, ao tempo e à liberdade (POLAK, 1996).

Sendo a percepção a experiência que une a consciência e o mundo, tornando-se a base daquele que percebe e do que é percebido, toda consciência é consciência perceptiva. Ela dá-se na relação entre o corpo e o mundo e não mediante uma idéia de realidade previamente estabelecida na consciência ou pela representação mais ou menos real do objeto. Perceber é, ao mesmo tempo, abrir-se para o mundo exterior,

para o diverso, para o que se objetiva; ser tocado pelo que está em volta e construir esse mesmo meio. É a partir da percepção, que se pode compreender como se deu a construção de todo saber, pois ele instala-se nos horizontes da percepção (MERLEAU-PONTY, 1996).

Complementando esse pensamento, o autor refere que “[...] perceber é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo, tendo a coisa sempre seu lugar num horizonte e mundo e consistindo a decifração em colocar cada detalhe nos horizontes perceptivos que lhe convenha” (MERLEAU-PONTY, 1990, p.92-93).

Todavia, a percepção não tem sentido absoluto, sempre há possibilidade de desvelamento, já que é simultaneamente experiência de imanência e transcendência. É imanência, porque o que é percebido não pode ser totalmente estranho a quem percebe, e transcendência à medida que ultrapassa aquilo que é percebido. Sem dúvida, é o corpo que permite perceber. Sem sua permissão, esse ato não seria possível, pois a percepção “não nasce em qualquer lugar, mas emerge do recesso de um corpo” (MERLEAU-PONTY, 1996, p.21).

De acordo com Martins, Boemer e Ferraz (1990), o ponto principal da fenomenologia é a descrição rigorosa do fenômeno, que possibilitará chegar à sua essência. O conhecimento somente se dará no próprio existir do pesquisador, já que o objeto de sua experiência é a realidade vivida pelo sujeito. Porém, não basta a descrição e explicitação do fenômeno, é necessário sua interpretação, uma vez que ela está intimamente ligada à compreensão do fenômeno.

A interpretação do sentido das palavras contidas no discurso é a hermenêutica, definida por Palmer (1997) como o estudo dos princípios metodológicos de interpretação e de explicação. A interpretação “é o trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido oculto no sentido aparente, em descobrir os níveis de significação implicados na significação literal” (RICOEUR, 1978, p.15). Para esse autor, a hermenêutica caracteriza-se pela compreensão de si mesmo, por meio da compreensão do outro.

Desse modo, para compreender o fenômeno, é necessário sua interpretação, pois ele mostra-se por intermédio da descrição ou do discurso, manifestado por gestos,

silêncio, tom de voz, expressão facial, reações comportamentais e, principalmente, pela linguagem escrita ou falada. Segundo Merleau-Ponty (1996, p.266), quando a linguagem é usada para estabelecer uma relação consigo mesmo ou com o outro, ela torna-se “uma manifestação, uma revelação do ser íntimo e do elo psíquico que nos une ao mundo e aos nossos semelhantes”.

Conforme Graças (2000), no discurso do sujeito sobre sua vivência, procura-se uma aproximação com a estrutura do fenômeno e, nas descrições, procura-se elucidar a indagação de o que se quer apreender, extraíndo dele os significados que levarão à estrutura e à compreensão do fenômeno. A fenomenologia busca caminhos que conduzam ao mais próximo do sentimento de quem vivencia uma determinada situação, evidenciando a condição ontológica² do ser humano, que está existindo numa experiência mundana e atribuindo-lhe significados.

Referindo-se à realização de uma pesquisa fenomenológica, Machado (1994, p.35) expõe que:

[...] para que o fenômeno se mostre, não basta vivê-lo, pois, na imersão, a amplitude de visão se restringe. A compreensão exige transcender esta perspectiva e espreitar as diferentes possibilidades através da visão e do sentir do outro. Este ato, essencialmente um ato de pesquisa, no seu sentido intrínseco de circundar o tema investigado, é buscado na perspectiva de compreender o vivido e de transcender o empiricamente dado.

Complementando essa idéia, Martins e Bicudo (1989, p.30) esclarecem que:

² Ontológica: aquilo que se refere ao ser em geral (JAPIASSU e MARCONDES, 1996).

A preocupação se dirige para aquilo que os sujeitos da pesquisa vivenciam como um caso concreto do fenômeno investigado. As descrições e os agrupamentos dos fenômenos estão diretamente baseados nas descrições dos sujeitos, e os dados são tratados como manifestações dos fenômenos estudados. O objeto da investigação é coletar descrições e trabalhar a essência do fenômeno individual através das descrições obtidas.

Para Bicudo (1994), a pesquisa na abordagem fenomenológica ocorre a partir de uma interrogação que corresponde a uma insatisfação do pesquisador em relação à maneira como ele vê algo que o incomoda.

Como enfermeira do centro cirúrgico, vivencio esse sentimento de insatisfação, quando recebo um corpo enfermo para cirurgia na sala de pré-operatório e observo-o na maca, esperando a hora de ser encaminhado para a sala operatória. Pergunto-me o que estará se passando em sua mente, quais seus sentimentos e suas percepções naquele instante, para poder oferecer-lhe apoio. Acreditando que seria inadequado e insensível de minha parte abarrotá-lo de perguntas nesse momento, resolvi buscar respostas às minhas indagações durante o período pré-operatório, na Unidade de Internação Cirúrgica.

4.2 APRESENTANDO O CENÁRIO

A pesquisa realizou-se em um hospital de ensino da Cidade de Curitiba, no Estado do Paraná, considerado referência para outras instituições de saúde do Estado, composto de 609 leitos. A opção por esse cenário deve-se ao meu vínculo profissional com o mesmo, no qual surgiram partes das inquietudes que me motivaram a desenvolver esta pesquisa.

Partindo de minha experiência no centro cirúrgico, imaginei que a pesquisa se daria somente na Clínica de Cirurgia Torácica e Cardiovascular (CTCV), situada no sétimo andar, de onde se originavam os avisos cirúrgicos. Todavia, conversando com a

equipe de enfermagem, descobri que na clínica de oftalmo e otorrino, situada no 13º andar, ficam internados os cardiopatas em tratamento e investigação clínica. Quando há confirmação da necessidade de tratamento cirúrgico e vaga na CTCV, eles são transferidos para lá, onde aguardam a cirurgia.

Ao entrar na CTCV, há um corredor largo, com portas antigas, que se abrem para as enfermarias, copa, secretaria, sala de curativos, posto de enfermagem, banheiro masculino e feminino e expurgo. Complementando esse cenário, ao fundo, está a Unidade de Cuidados Especiais, ou seja, a UTI Cardíaca, com seis leitos para pós-operatório cardíaco. O deslocamento dos corpos enfermos em pós-operatório para essa unidade, com tubos, drenos e aparelhos, impreterivelmente, é feito por esse corredor. A CTCV tem 16 leitos, distribuídos em uma enfermaria de seis leitos, duas enfermarias de quatro leitos e uma enfermaria de dois leitos. Nessa unidade, atuam enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, secretária, copeiras, pessoal da higiene hospitalar, fisioterapeuta, acadêmicos, residentes, médicos e professores de medicina.

No 13º andar está a clínica de oftalmo e otorrino, que recentemente incorporou em sua unidade a cardiologia, passando então a ser chamada de Clínica de Oftalmo, Otorrino e Cardiologia. Ela tem 31 leitos, dos quais 14 são da otorrinolaringologia, 12 são da cardiologia e cinco são da oftalmologia (a qual centralizou a maioria do atendimento em um centro específico para visão, diminuindo o número de leitos no hospital). São oito enfermarias, sendo que as duas primeiras, que têm seis leitos cada, são para a cardiologia. Essa clínica localiza-se no mesmo piso da Clínica de Cirurgia Pediátrica, tem estrutura física parecida com a da CTCV, porém difere visivelmente dela, pela presença da UTI Cardíaca existente ao fundo da CTCV, pela dinâmica e pelo tipo de internações. No *hall* comum às duas clínicas que dividem o 13º andar, existe uma sala para entrevistas.

Embora façam parte da mesma instituição hospitalar, a essência das duas clínicas é adversa: enquanto, na Clínica de Oftalmo, Otorrino e Cardiologia, a maioria dos sujeitos faz procedimentos cirúrgicos simples, com rápida recuperação e alta hospitalar, na CTCV, eles fazem procedimentos complexos, com recuperação

gradativa e dolorosa, que necessita de cuidados com drenos, curativos extensos, infusões venosas, enfim, de conhecimentos científicos específicos e cuidados mais intensivos. Assim, a transferência do 13º para o 7º andar, muitas vezes, é agressiva ao olhar desses corpos que aguardam a cirurgia cardíaca e causa neles má impressão.

Dada a complexidade que envolve os procedimentos cirúrgicos dessa especialidade, é comum que os clientes permaneçam ali internados por vários dias para elucidação diagnóstica, até que realizem todos os exames necessários, sejam liberados para a cirurgia e haja disponibilidade de vaga no centro cirúrgico e na unidade de terapia intensiva, simultaneamente.

4.3 A SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Para que se pudesse compreender o significado da experiência vivida pelo corpo enfermo no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, foram convidados a participar da pesquisa 11 sujeitos adultos, conscientes e orientados no tempo e no espaço, capazes de se expressar por meio da linguagem verbal, isentos de impedimentos físicos e que estavam internados na CTCV ou na Clínica de Oftalmotorrino-cardiologia, aguardando o procedimento cirúrgico, nos meses de março e abril de 2004.

Considerando que a hospitalização para realização desse procedimento causa impacto no mundo vida do cliente, optei por aguardar a adaptação do mesmo ao ambiente e à situação, evitando obter o discurso nos primeiros dois dias de internação. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que estavam em pré-operatório imediato, uma vez que a ansiedade parece aumentar nas horas que antecedem a realização do ato cirúrgico. Saliento que essa decisão não dificultou a obtenção dos discursos, já que a permanência dos corpos enfermos no ambiente hospitalar era sempre acima de 15 dias.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O avanço tecnológico e científico alcançado até agora tem gerado muitos questionamentos, principalmente, no que diz respeito aos valores éticos, à visão de mundo, ao conhecimento e ao profissionalismo, em todas as áreas. A questão torna-se mais relevante, quando abrange os sistemas de saúde, em que são prestados serviços a seres humanos, por meio de outros seres humanos, alicerçados em seus próprios valores e na responsabilidade de suas ações. Desse modo, a ética deve fundamentar-se nos princípios de igualdade, liberdade, ausência de coação e autonomia, no que se refere à integridade do corpo e da identidade pessoal de quem está necessitando de cuidados de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, representado pelo Conselho Nacional de Saúde e regulamentado pelo Decreto 93.933, de 14 de janeiro de 1987, elaborou a Resolução 196/96, com diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos. Assim sendo, antes da obtenção dos discursos, o projeto desta pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da instituição para apreciação, sendo aprovado em fevereiro de 2004. O pedido de autorização para realização de pesquisa encontra-se no Apêndice 2.

Para assegurar os direitos dos sujeitos e obedecer aos preceitos éticos presentes nessa resolução, foram garantidos o sigilo e o anonimato das identidades dos sujeitos da pesquisa, assim como sua liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu tratamento.

No primeiro encontro com os sujeitos, expliquei o objetivo de minha pesquisa e fiz o convite para participar do estudo. Antes das entrevistas, solicitei autorização a eles para gravá-las em fita cassete, fiz a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), esclareci as dúvidas e pedi que o assinassem, se estivessem de acordo. Esse termo foi redigido em linguagem de fácil compreensão, observando-se e respeitando-se os princípios éticos necessários quando se realiza pesquisa com seres humanos. Os depoimentos apreendidos e transcritos aqui divulgados não foram identificados, garantindo-se, assim, o anonimato.

4.5 OBTENÇÃO DOS DISCURSOS

Para a obtenção dos discursos, utilizei a entrevista que, conforme Haguette (1992), é um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma é o entrevistador, que visa a obter informações por parte do outro, que é o entrevistado. O autor salienta que afirmações subjetivas estão sempre envoltas em reações que devem ser levadas em conta, como o estado emocional do entrevistado, suas opiniões, atitudes, crenças e valores, posto que refletem o retrato que ele tem do mundo.

A entrevista é considerada por Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) um instrumento essencial na investigação qualitativa, em que as informações são fornecidas pelos próprios sujeitos que vivenciam o fenômeno. Além disso, Gil (1999) destaca que ela possibilita captar as expressões corporais, o tom de voz e a ênfase nas respostas dadas pelo entrevistado, contribuindo para a obtenção de dados mais profundos acerca do ser humano.

Por tratar-se de uma pesquisa de inspiração fenomenológica, optei pela entrevista semi-estruturada, que, segundo Tomasi e Yamamoto (1999), geralmente parte de questionamentos básicos que interessam à pesquisa e oferecem grande campo de interrogações que surgem durante o depoimento. Seguindo espontaneamente sua linha de pensamento e suas experiências relacionadas ao enfoque dado pelo pesquisador, o entrevistado participa da elaboração do conteúdo da pesquisa. Conforme Tobar e Yalour (2001), esse instrumento é baseado no uso de um guia de entrevistas, no qual constam as perguntas ou os temas que precisam ser abordados durante a conversa, podendo variar a redação e a ordem das perguntas para cada entrevistado.

No acesso às informações, levam-se em conta alguns cuidados especiais, como a escuta ativa e a atenção receptiva a todas as respostas, devendo o entrevistador intervir somente quando necessário, com discretas interrogações ou sugestões que estimulem a fala (CHIZZOTTI, 1991). O pesquisador precisa permitir que o mundo do sujeito pesquisado se mostre na descrição (MARTINS e BICUDO, 1989).

Antes de iniciar a obtenção dos discursos, conversei com as enfermeiras da CTCV e da Clínica de Oftalmo-otorrino-cardiologia sobre meu estudo. Apresentei-me às respectivas equipes de enfermagem, explicando o porquê da minha pesquisa e estabeleci um clima de cordialidade e parceria. Foi necessário também fazer um reconhecimento dessas unidades de internação, bem como me interar do seu funcionamento geral. Sempre que me dirigia ao campo fenomenal, procurava a enfermeira ou um funcionário da enfermagem que pudesse me dar informações sobre os clientes em pré-operatório.

Obedecendo aos critérios de seleção descritos, convidei os sujeitos a participar da pesquisa, expliquei minha proposta e meu objetivo, bem como a importância de seu depoimento para mim. Esclareci que a participação era voluntária, que as informações seriam sigilosas e anônimas e pedi autorização para gravar em fita cassete o depoimento. Agendei as entrevistas, de preferência, para o período da tarde, após o término do horário de visitas, momento em que a clínica encontrava-se mais tranqüila e o encontro podia ser realizado sem pressa, propiciando o diálogo.

Na CTCV, as entrevistas foram realizadas na sala de curativos e na Clínica de Oftalmo-otorrino-cardiologia, numa sala própria para entrevistas. Mesmo os encontros sendo agendados, algumas vezes, eles não aconteceram, por motivos alheios à minha vontade, que são passíveis de acontecer com os corpos enfermos na instituição hospitalar, como: realização de exames; presença de visitas fora do horário; fadiga respiratória com administração de oxigenioterapia. As entrevistas iniciavam-se após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), que era assinado nesse momento pelas duas partes, e duravam em média 40 a 50 minutos.

Durante os encontros para apreensão dos discursos, procurei não interromper o entrevistado, assumindo uma postura de escuta e acolhimento. Após a apreensão de cada discurso, fiz as anotações no diário de campo sobre os aspectos ocorridos que me chamaram a atenção. Os discursos foram transcritos posteriormente, na forma em que foram expressos, para garantir a fidedignidade dos dados, porém, não foram devolvidos ao entrevistado para que ele fizesse uma revisão, a fim de manter realmente a espontaneidade das palavras ditas no momento da entrevista.

Visando incentivar a conversação, o diálogo foi provocado inicialmente pelas seguintes questões:

- **Descreva como você sente e vê a sua condição de precisar de uma cirurgia cardíaca.**
- **Como você está enfrentando esta situação?**

Esses encontros propiciaram momentos mágicos, de escuta, reflexão e trocas. Em meio à correria do dia-a-dia que o mundo biomédico impõe, aprendi a ouvir e a me aproximar das corporeidades, o que muito acrescentou para mudar a maneira de encarar os fatos à minha volta.

Durante o período de realização das entrevistas, fui freqüentemente à CTCV e familiarizei-me com os corpos enfermos ali internados, principalmente, com os que já tinham participado da entrevista. Torcia para que saíssem vitoriosos e me solidarizava com aqueles que ainda aguardavam a cirurgia.

4.6 A ANÁLISE DOS DISCURSOS

A análise dos discursos foi realizada de acordo com a trajetória fenomenológica proposta por Martins (1992), que consiste em três momentos relacionados entre si: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Segundo o autor (1992, p.59), a descrição fenomenológica fundamenta-se no pensamento de Merleau-Ponty e constitui-se dos seguintes elementos:

- A percepção que assume uma primazia no processo reflexivo;
- A consciência que se direciona para o mundo-vida, isto é, consciência do *corps propre*, ou seja, do corpo vivido, consciência essa que é a descoberta da subjetividade e da intersubjetividade;
- O sujeito, pessoa ou indivíduo que se vê capaz de experienciar o corpo-vivido por meio da consciência, que é a conexão entre o indivíduo, os outros e o mundo (*être-au-monde*).

É por meio da percepção que as coisas que acontecem no mundo se mostram para um sujeito, motivo pelo qual ela é o modo de acesso à essência das coisas (GRAÇAS, 2000).

A redução tem como objetivo “encontrar exatamente que partes da experiência são verdadeiramente partes da nossa consciência, diferenciando-as daquelas que são simplesmente supostas”. Para tanto, é preciso refletir sobre as partes da experiência que parecem ter significados e imaginar cada parte como estando presente ou não na experiência. Assim, podem-se selecionar os trechos da descrição que são considerados essenciais para a pesquisa, excluindo-se os que não são (MARTINS, 1992, p.59).

Reduzir a unidades é caminhar para uma interpretação. Fazendo a redução, procuram-se significados essenciais para o pesquisador, ou seja, que respondam às suas interrogações. Segundo Martins e Bicudo (1989), a redução passa por quatro momentos: leitura integral da descrição ingênua, isto é, da descrição feita pelo sujeito da pesquisa, sem uma interpretação prévia do pesquisador, a fim de formar um sentido para o conjunto de proposições; leitura da descrição, visando a encontrar unidades de significados no discurso do entrevistado; transformação de cada unidade de significado encontrada no discurso simples do sujeito para expressões do pesquisador; e busca da essência ou estrutura do fenômeno.

A compreensão fenomenológica envolve sempre uma interpretação, pois somente se interpreta aquilo que foi compreendido. Ela dá-se quando o pesquisador considera o resultado da redução como afirmações significativas para ele, mas que indicam a consciência do sujeito. Essas afirmações são chamadas de “unidades de significado” (MARTINS, 1992). Dessa forma, “compreender é experimentar o acordo entre aquilo que visamos e aquilo que é dado, entre a intenção e a efetuação [...]” (MERLEAU-PONTY, 1996, p.200).

Seguindo os passos propostos por Martins e Bicudo (1989), parti para a análise qualitativa das descrições:

- Em primeiro lugar, li atentamente todas as descrições, a fim de me familiarizar com as experiências vividas pelos sujeitos, para compreender sua linguagem, tomando conhecimento do conteúdo global dos discursos. Aos sujeitos do

estudo atribuí o número corresponde à ordem das entrevistas (S1, S2... S9), a fim de preservar a identidade de cada um. Também recorri ao diário de campo, em busca de informações anotadas após cada entrevista que me auxiliassem na interpretação dos discursos.

- Reli cada uma das descrições várias vezes, buscando identificar as convergências e divergências. Foi necessário segmentar o conteúdo dos discursos, selecionando as partes que correspondiam ao meu objetivo, ou seja, que respondiam às minhas indagações. Essa reflexão e a leitura atenta dos discursos ingênuos resultaram na extração das unidades de significado. De acordo com Martins *et al.* (1990), unidade de significados é uma parte da transcrição em que as frases relacionam-se umas com as outras, com a finalidade de indicar momentos distinguíveis.
- Tendo a intersubjetividade como condutora desse processo, transformei as expressões ingênuas do sujeito evidenciadas nas unidades de significados em minhas expressões como pesquisadora do fenômeno.
- No quarto momento, fiz uma síntese das unidades de significados para chegar a uma compreensão da estrutura do fenômeno, a qual me levou aos temas da pesquisa.

Para que se compreenda o processo de análise, demonstro como ele aconteceu, desde o momento da extração das unidades de significado dos discursos até sua síntese, no apêndice 4.

4.6.1 Temas emergentes

- Corpos amendrontados – uma realidade a ser transcendida.
- A esperança de vir-a-ser um novo corpo.

5 A COMPREENSÃO DO FENÔMENO

*O homem traz consigo a possibilidade de ver
e de compreender o mundo.*

(Martins)

A última etapa do meu caminhar metodológico para desvelar o fenômeno foi a interpretação e compreensão dos discursos. Foram momentos de reflexão, misturados a movimentos de ir e vir às unidades de significado extraídas das experiências vividas pelos corpos enfermos em pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Segundo Martins, Boemer e Ferraz (1990), essa fase da hermenêutica requer grande investimento do pesquisador em relação ao referencial filosófico escolhido, considerando a necessidade de compreensão e interpretação dos discursos.

A compreensão é a capacidade fundamental do ser humano, que permite seu acesso aos outros e ao mundo que se mostra para ele, porém, ela não acontece no vazio. Para que se manifeste, é necessária a intencionalidade de algo ou alguém que esteja tentando se comunicar (MARTINS, 1992). Assim, a fala é um verdadeiro gesto de comunicação e contém seu sentido, do mesmo modo que o gesto. No entanto, para compreender as falas do outro, é preciso conhecer seu vocabulário e a relação das frases entre si (MERLEAU-PONTY, 1996).

Conforme Martins (1992, p.79), “compreender é, pois, um estado constante de projeção em direção às diversas possibilidades que vão sendo despertadas, à medida que o homem se encontra com o mundo e o interroga”. Para o autor, ao atingir a compreensão, amplia-se a percepção e entende-se não somente o porquê das coisas, mas também o porquê de nossa existência. A compreensão permite a construção do conhecimento.

Em busca desse ideal, retornei então às categorias extraídas das unidades de significado, refletindo sobre cada uma delas. No intuito de compreender o fenômeno, amparei-me também na literatura referente às questões abordadas em cada categoria. No primeiro momento, a interpretação parecia algo muito distante de minha realidade, mas tendo a intencionalidade a me impulsionar, fui sentindo prazer na tarefa, a cada descoberta que fazia.

A primeira categoria que surgiu foi referente à exacerbação dos medos decorrentes da situação pré-operatória, a segunda, à esperança que o corpo enfermo deposita no ato cirúrgico, em relação ao seu vir-a-ser.

5.1 CORPOS AMEDRONTADOS – UMA REALIDADE A SER TRANSCENDIDA

*O homem é mortal por seus temores
e imortal por seus desejos.*
(Pitágoras)

Essa categoria foi selecionada, porque os aspectos evidenciados nas unidades de significado que se relacionam ao medo são muito expressivos, apresentando convergências individuais e gerais. Dentre os medos aflorados nos discursos, está o medo da cirurgia, de ser cortado, de violação interior, de ficar marcado pela cicatriz e o medo ocasionado pela possibilidade da finitude.

Conforme o dicionário de *Psicologia e Psiquiatria Longman's* (apud PEIFFER, 1995, p.XV), o medo é definido como:

[...] uma emoção intensa, provocada por uma ameaça identificada, envolvendo uma sensação de tensão desagradável, um forte impulso de fugir, e reações fisiológicas, como batimentos cardíacos acelerados, tensão muscular, e, em geral, mobilização do organismo para debandar ou lutar. O medo não é provocado não apenas por um perigo direto, mas por situações e objetos que representam esse perigo.

Ele aparece nas falas dos sujeitos da pesquisa de diferentes maneiras, dependendo da intensidade com que os acomete, sendo referido como:

- preocupação: “*eu só fico meio assim... preocupado, daí de repente, vai*” (S7);
- ansiedade: “*Aí, até eles virem pegar a gente, né? fico ansiosa*” (S10);
- angústia: “*[...] se chegar a doutora e falar que eu vou fazer a cirurgia amanhã cedo, aí começa aquele nervoso, não é nervoso, é tipo assim, uma angústia*” (S1);
- medo: “*Eu estou com muito medo, eu tenho medo mesmo, tá?*” (S11);

- ou até mesmo pânico: “*Eu sinto muito pânico*” (S8).

No entanto, o medo é ambíguo, inerente à natureza humana, pode defender dos perigos, constituindo um reflexo indispensável para a sobrevivência, mas também ultrapassar um limite suportável, tornando-se doentio e criando bloqueios (DELUMEAU, 1990). Sua consequência é substancial e provoca, muitas vezes, mudanças visíveis no corpo, como palidez, taquicardia, sudorese, choro e outros desequilíbrios. Isso aconteceu com um dos sujeitos da pesquisa, que, durante seu depoimento, não conseguiu conter o choro, refletindo, com essa forma de expressão, sua corporeidade.

Conforme Peiffer (1995), ao observar os medos que se vivenciam hoje, entende-se que eles dizem respeito principalmente às coisas que podem vir a acontecer e não tanto às coisas que estão acontecendo no momento. Essa consideração encontra reforço na seguinte fala:

Aí eu calculo o que pode acontecer... tenho dois filhos para criar. (S1)

O medo causado pela possibilidade de morrer pareceu muito significativo, motivo que me levou a iniciar a análise por essa vertente. Para Loss, Mantovani e Souza (2003), o medo da morte é inerente ao desenvolvimento humano, é um medo do desconhecido, somado ao medo da extinção, das perdas afetivas, da solidão e do sofrimento.

Ao deparar-se com a possibilidade da morte, o corpo enfermo experimenta sentimentos de angústia e aflição que, visíveis ou não, acompanham-no durante todo o período perioperatório. Percebi essa situação já no primeiro discurso obtido:

[...]Então, aqueles outros dias em que eu soube que tinha que fazer a cirurgia foram dias só de angústia, medo, apavoração! Aqui eu fiz aquele comentário, eu disse: “Ai, meu Deus, parece que eu estou indo pro corredor da morte”. Cada vez que vai se aproximando, é aquele apavoramento! (S1)

O corpo enfermo encontra dificuldade de vivenciar o momento pré-operatório, que lhe parece sinônimo de morte. Esse fato é agravado pelo distanciamento em relação ao seu mundo, ou seja, sua casa, sua família e seus afazeres cotidianos. A morte, que parece remota enquanto se está no corre-corre diário, aqui se mostra possível e ameaçadora, causando temor insuportável, sendo encarada como um acontecimento terrível, pavoroso, do qual não se tem domínio. Ela chega sem pedir permissão e abate os corpos vivos, contrariando qualquer desejo que possam manifestar.

[...] é uma cirurgia de risco, que pode levar a óbito. Se Deus quiser o óbito, eu não vou poder fazer nada também. (S6)

A certeza da morte e a incerteza da sua hora expõem o corpo a muitas angústias e anseios. Mesmo que o ato de morrer tenha um significado pessoal e único, de certa forma, o sujeito assume a sua condição e passa a ver a sua morte com uma dimensão naturalmente finita, que acontecerá num tempo determinado e próximo (VAZ *et al.*, 2001).

Assim como no discurso acima, pode-se perceber também nas falas seguintes não somente a incerteza em relação à morte, mas também sentimentos de fragilidade e de impotência, que fazem com que o corpo enfermo procure amparo na fé e na religiosidade, na tentativa de amenizar seus medos:

[...] ou, sendo um pouco mais drástico, nem ir pra UTI, né? Ficar na sala. É uma coisa natural, Rosa. Lógico, na graça de Deus, eu faço oração, mas o que se reserva para amanhã? Ninguém sabe. (S6)

É, e agora tenho medo, né? tenho medo. Agora não estou mais com medo, seja o que Deus quiser. Eu já entreguei na mão de Deus, seja o que Deus quiser, né... (S9)

Eu estou com fé que vou sair daqui vivo. Também, se Ele não quiser, fazer o que, né? (S7)

[...] vou no banheiro e peço: “Meu Deus, me dá força pra poder encarar essa cirurgia!” (S1)

[...] mas daí eu entrego nas mãos de Deus, é só o que tenho pra fazer. (S9)

[..] eu tenho que fazer isso aí, então, eu entrego minha vida nas mãos de Deus, porque Deus sabe o que faz. (S4)

Sabe-se que a maioria das pessoas tem uma religião ou acredita em um ser superior ao qual se apega nas horas difíceis. Para o estudioso Tiele, que viveu no século XIX, “religião significa a relação entre o homem e o poder sobre-humano no qual ele acredita ou do qual se sente dependente. Essa relação se expressa em emoções especiais (confiança, medo), conceitos (crença) e ações (culto e ética)” (*apud* GAARDER, HELLERN e NOTAKER, 2001, p.17).

A maioria dos homens são seres religiosos e, sob uma visão holística de religiosidade, busca suporte emocional no que considera divino, vinculada ou não a uma religião específica, para tornar-se mais forte. Segundo Chauí (2001), as principais

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

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

Para Leloup e Hennezel (2003, p.26), a religião representa um esforço do ser humano na busca de sentido para seu sofrimento, sua morte e sua existência. Já a espiritualidade, independentemente da experiência religiosa, faz parte do ser humano, constituindo sua própria essência. A espiritualidade fá-lo avançar na aceitação dos limites da inteligência e incompreensão diante do sofrimento, pois, uma atitude espiritual é uma atitude de confiança na profundidade do homem. Os autores esclarecem que, na relação com o cliente, não é preciso falar de espiritualidade, mas sim procurar vivê-la e irradiá-la, mediante a maneira de ser. Ser espiritual é dar esse passo a mais.

A partir da constatação de que a vida pode ser interrompida ou ameaçada de extinção a qualquer momento, o ser humano lida com a realidade objetiva do morrer. Subjetivamente, qualquer corpo passa a ser terminal, a partir do momento em que percebe ou fantasia a morte como uma realidade próxima e possível, posicionando sua existência diante dessa tomada de consciência (BARRÊTO, 1992).

Fazendo uma retrospectiva histórica das atitudes do homem frente à morte até o século X, constata-se que o homem não a temia e compartilhava-a com seus parentes, inclusive com as crianças e amigos, até o fim. A morte não era vista como a separação de alma e corpo, mas como um sono misterioso do ser indivisível. Ela representava a purificação do corpo para que ele pudesse receber a alma eternamente. O ato de morrer acontecia publicamente, às vezes, demorando dias. As emoções eram expressas sem

excessos e o ritual era aceito como um cerimonial presidido pelo moribundo, no qual se percebia que a morte era inerente à vida. Naquela época, o homem acreditava que os mortos então repousavam até o dia em que acordariam no paraíso, conforme Araújo e Vieira (2001).

Esses autores referem que a consciência do homem foi invadida pela preocupação com o dia do juízo final, no qual haveria uma separação dos justos e condenados, de acordo com suas boas e más ações, a partir do século XII, quando o homem começou a ter dúvidas sobre a sua imortalidade e salvação. No declínio da Idade Média, a morte passou a ser vista como extermínio da individualidade e do corpo. Devido ao apego à matéria e à paixão pela vida que o homem tinha nesse período, ele sentia horror da morte física, que representava a sua derrota, uma vez que tinha consciência da finitude humana. Até hoje, a morte é considerada, por alguns povos e culturas, um fracasso, uma interrupção de projetos de vida, sendo expressa mediante o medo e a negação dela mesma.

Como a cirurgia cardíaca pode significar morte para o corpo enfermo, assimilar a notícia da necessidade cirúrgica para ele é complicado, e, nessa circunstância, surge o choro, como um desabafo:

Quando falaram pra mim: “Olha, a cirurgia vai ser amanhã, tá?” Então, com a minha esposa, eu simplesmente me desabafei, chorando [...] de uma sensação que oprime na hora, né? como qualquer ser humano, e, a partir do choro, ela se expande pra fora. E daí, volto a ser o mesmo homem, sem problema nenhum.
(S6)

A maioria das pessoas acredita que chegará à velhice, concluindo um grande ciclo vital. A expectativa em relação à vida é de que se possa crescer, trabalhar, casar, ter filhos, vê-los criados, casados e desfrutar da aposentadoria na companhia dos netos. Segundo Stedeford (1986), poucos são os que pensam na morte e a aguardam com tranqüilidade. Ela é aceita apenas pela minoria, que inclui: idosos que consideram já

ter completado suas vidas ou que já perderam muitos de seus contemporâneos; os deprimidos e os frustrados, que sentem a vida como um peso e querem fugir dela; e os que esperam reunir-se ao parceiro amado mediante a morte.

Para Sartre (1997), a morte é um acontecimento da vida humana, um limite que revela não mais do que sobre o próprio ser humano, e, por ser bastante elástico, não o deixa perceber se a vida aproxima-o ou distancia-o desse evento, a finitude. Para o autor, também há grande diferença de qualidade entre a morte que acomete no limite da velhice e a que acontece na juventude ou maturidade. Ele completa esse pensamento dizendo que “esperar a primeira é aceitar o fato de que a vida seja uma realização limitada, uma maneira entre outras de escolher a finitude e designar nossos fins sobre o fundamento da mesma. Esperar a segunda seria o mesmo que esperar com a idéia de que minha vida é uma empresa *falida*” (p.657).

Estar preparado para a morte, conforme Stedeford (1986), leva à idéia da boa morte, que não chega de repente, mas quando o ser humano já envelheceu, vivenciou a morte de muitos parentes, de amigos, acostumando-se com a idéia da inevitável transcendência. No entanto, o preparo para a morte é relativo, ambíguo, no qual se pode perceber que mesmo esses seres humanos que já envelheceram sempre acreditam que existe alguma coisa para se concluir antes de morrer. Para essa autora (1986, p.55), a morte passa por quatro trajetórias, e os cardiopatas, que têm uma doença progressiva do coração e precisam de cirurgia, encontram-se numa trajetória concebida como “morte incerta com prazo conhecido, quando o problema seria resolvido”. Diz a autora que esses cardiopatas começam a aceitar o fato de que, se não se operarem, morrerão num futuro previsível, e sofrem de uma ansiedade pré-operatória, mas que também traz esperança de que algo está sendo feito.

Essas considerações evidenciam-se no discurso de um corpo enfermo que aguarda por transplante cardíaco:

Ah, eu fiquei assustado. Que barbaridade! Será que vai ter condição de transplantar o coração? Mas fui indo e conversando com os médicos, eu fui colocando na cabeça que é possível. [...] Aí eu digo: “Não”. Então não tenho mais medo da cirurgia, o importante é que quero sair bem. Agora eu estou bem, graças a Deus, mas já estive feio. Teve uns 4-5 dias em que eu nem falar podia. Agora já melhorei uns 40%. O que mais sinto é não ter transplante [...] mas uma hora aparece. (S2)

Observa-se que as expectativas referentes à cirurgia diferem entre os corpos, de acordo com o problema que os levou a precisar da operação. O medo de quem espera um órgão para transplante é diferente do medo daquele que aguarda uma nova troca de válvula, por exemplo, conforme se explicita nesta fala:

Ah, nos primeiros dias, eu ficava muito nervosa, né? Não conseguia nem imaginar eu fazendo outra cirurgia, né? [...] Se fosse outra, parece que não era tanto assim, que a gente nem ia ligar, né. Mas porque será, quando falam que é do coração, né? Nossa! (S9)

A ansiedade do corpo enfermo que aguarda o transplante decorre da possibilidade de morrer antes de conseguir um órgão para a cirurgia, enquanto a do outro vem de ter de fazer novamente uma cirurgia de risco, da possibilidade de sua vida interromper-se pela eventualidade da morte. Entretanto, Merleau-Ponty (1996) afirma que se pode encontrar no tempo um recurso contra ele mesmo, pois, se o tempo tira o homem daquilo que ele seria, também lhe dá o meio de compreender-se e realizar-se como ser.

Nesse sentido, a ameaça de interrupção da vida antes do tempo, quando se acredita que há muito por realizar, conduz a uma sensação de tarefa inacabada. Esse

sentimento é percebido nos discursos, no momento em que surgiu a possibilidade de a morte ser ocasionada pelo procedimento cirúrgico:

É medo, sabe? Medo, bastante medo, assim. E tem os riscos que tem, né? Porque qualquer cirurgia tem riscos, mas essa tem mais, né? A gente fica pensando nos filhos que a gente tem, que eu queria deixar mais encaminhados na vida. Fico pensando, que tal se não volto mais da cirurgia? (S9)

Eu tenho três filhos, um de 28, 27 e um com 11 e eu tenho medo,... eu tenho medo de morrer na cirurgia, morrer depois, tenho medo disso. (S11)

Encontrei nesses discursos algumas estratégias dos corpos enfermos para justificar sua presença no mundo, assim, percebendo o fim próximo, eles buscam externamente razões para continuar vivendo, como cuidar dos filhos e cumprir sua missão na terra. Nesse momento, refletem acerca da situação e passam a valorizar mais a família, apegando-se às coisas que precisam fazer.

De acordo com Kübler-Ross (1991), existem muitas razões para não se encarar a morte calmamente. Ao estudar culturas e povos antigos, tem-se a impressão que o homem sempre abominou a morte e, provavelmente, sempre a repelirá. Isso é aceitável, talvez, porque, no inconsciente humano, a morte nunca é possível quando se trata de si mesmo, sendo inconcebível o ser humano imaginar um fim real para sua vida na terra.

Nesse horizonte, reporto-me às palavras do filósofo Merleau-Ponty (1996, p.577):

É-me tão essencial ter um corpo quanto é essencial ao porvir ser porvir de um certo presente, de forma que a tematização científica e o pensamento objetivo não poderão encontrar uma só função que seja rigorosamente independente das estruturas da existência, e reciprocamente um só ato ‘espiritual’ que não repouse em uma infraestrutura corporal. Mais: não me é essencial apenas ter um corpo, mas até mesmo ter este corpo aqui.

Continuando esse raciocínio, o autor defende ainda que é “a ciência que nos habitua a considerar o corpo como uma reunião de partes, e também a experiência de sua degradação na morte. Ora, o corpo decomposto, precisamente, não é mais um corpo” (MERLEAU-PONTY, 1996, p.578).

Alguns sujeitos da pesquisa têm percepção da aproximação da finitude, mas relutam em explicitar em seus discursos o evento da morte claramente, como em alguns trechos citados e nos que se seguem:

[...] lá no nosso lugar lá eles falam: “Ih, aquela lá foi pra Curitiba operar o coração. Vai voltar num pijama de madeira. (S9)

[...] Eu já vi gente que como eu posso te contar, que já fez e já aconteceu, né? Fez, foi pra casa numa boa e de repente... (S11)

Evidencia-se que falar explicitamente da morte é muito difícil, o que faz com que eles utilizem metáforas para expressar essa possibilidade. A aversão à morte é um sentimento tão intenso, que não permite falar nela naturalmente, como se ela não fosse um evento que faz parte da vida. O uso de frases que têm sentido figurativo para representá-la é muito comum. Em relação a esse comportamento, Rezende *et al.* (1996) destacam que, na sociedade ocidental moderna, a morte é considerada um tabu e é silenciada e omitida, sendo afastado tal tema de conversas e reuniões, por não ser de bom-tom falar da morte socialmente.

No tocante a isso, os enfermeiros, como profissionais envolvidos diretamente no cuidado que visa ao bem-estar dessas corporeidades, têm de aprender a perceber o medo da morte nas entrelinhas de suas expressões verbais e nos seus gestos, porque não é possível cuidar das corporeidades expressivamente sem conhecer os fatos que as afligem. Entretanto, a equipe de saúde que atua nas instituições hospitalares também não está preparada para aceitar a finitude das corporeidades que ali se encontram. Ao perceber a proximidade da morte daqueles de que está cuidando, procura prestar-lhes os cuidados técnicos, fugindo do envolvimento emocional, deixando-o de lado, sempre que possível. Conforme Labronici (2002), como cuidadores, os enfermeiros estão comprometidos com o *Eros* da vida, da recuperação, e não com a morte.

No entender de Atkinson e Murray (1989), o comportamento de fuga e o não-envolvimento emocional ocorrem principalmente com a equipe de enfermagem que cuida diretamente do ser humano, porque, ao presenciá-lo na fase terminal da vida, ela confronta-se com sua própria finitude, co-relacionando-a também à de seus entes queridos.

Para Lunardi Filho *et al.* (2001), a maioria dos profissionais da saúde que lidam com o processo de morte e morrer de um cliente no seu dia-a-dia, mesmo depois de terem esgotado todos os recursos disponíveis para promover-lhe uma morte digna, parece que sentem o peso dessa perda, sofrendo por não aceitá-la e, muitas vezes, por não se sentirem preparados emocionalmente e perceberem-se impotentes diante da morte.

Conforme Aranha e Martins (2002), talvez a dificuldade do homem de lidar com a morte esteja relacionada com sua incapacidade para lidar com a vida. Essas autoras consideram necessário que se resgate a consciência de morte – a qual não deve ser entendida como uma preocupação doentia –, para que, ao homem reconhecer a finitude da vida, seja-lhe possível reavaliar o seu modo de ser e as suas escolhas, dando seguimento a uma nova priorização de valores.

Enfim, Montaigne (1987, p.50), que viveu no séc. XIV, sabiamente expõe que “qualquer que seja a duração de nossa vida, ela é completa. Sua utilidade não reside na duração e sim no emprego que lhe dais. Há quem viveu muito e não viveu. Meditai

sobre isso enquanto o podeis fazer, pois depende de vós, e não do número de anos, terdes vivido bastante”.

O processo do morrer traz ao presente um mister de volta ao passado e de antecipação do futuro. Sentir a chegada da morte é um modo de viver a morte vivida como possibilidade da existência, que cresce e amadurece em meio à dor. É uma revelação crucial, apesar de se saber que ela realmente chegará, sempre se adia essa convicção (CARVALHO, 2002).

O contato mais íntimo do homem com a finitude tem sido por meio da morte de outros. Apesar de ser considerado um fenômeno da vida, ela poderá ser assumida como um fenômeno identificável, mesmo que não possa ser vivido. A consciência da morte que o ser humano deve ter de si mesmo é o caminho da verdade de sua vida, o qual não pode haver, sem a finitude (MARTINS, 1985).

Durante o período em que estive voltada a compreender o medo da finitude, deparei-me com o poema de Álvares de Azevedo, poeta que vivenciou a proximidade da morte ao contrair tuberculose na época em que a doença ainda não tinha cura, e compartilho aqui seus versos:

Se eu morresse amanhã

*Se eu morresse amanhã, viria ao menos
Fechar os olhos minha triste irmã;
Minha mãe de saudades morreria
Se eu morresse amanhã!*

*Quanta glória em meu futuro!
Que aurora de porvir e que amanhã!
Eu perdera chorando essas coroas
Se eu morresse amanhã!*

*Que sol! Que céu azul! Que doce n'alva
 Acorda a natureza mais louçã!
 Não me batera tanto amor no peito
 Se eu morresse amanhã!*

*Mas essa dor da vida que devora
 A ânsia de glória, o dolorido afã...
 A dor no peito emudecera ao menos
 Se eu morresse amanhã!*

Percebem-se, nesses versos, a angústia frente à finitude, que tiraria não somente a vida do poeta, mas sua possibilidade de sonhar com um porvir glorioso e feliz. Os corpos enfermos, ao vivenciar a experiência do pré-operatório de cirurgia cardíaca, percebem, assim como esse poeta, a possibilidade de não mais existir no amanhã e sofrem com essa descoberta.

Todavia, outros medos afligem o corpo enfermo no período pré-operatório, como é o caso do medo da violação interior. Embora tenha consciência da necessidade de realizar a cirurgia cardíaca para sua existência, sente-se invadido e ameaçado pelo procedimento em si. Esse fato ocorre não somente pela sua percepção da gravidade e morbidade que envolve o evento, mas também pela real agressão que tal procedimento representa à sua integridade física.

Para mim, o medo experimentado no pré-operatório relacionava-se à anestesia, à morte, à mutilação. Eu não imaginava, até então, que a cirurgia poderia ter um significado de invasão para aquele que a vivencia. Esse meu entendimento em relação ao assunto originou-se das referências utilizadas como suporte para a minha prática profissional, que é ligada a centro cirúrgico. Conforme Alcoforado (1986), Mello Filho (1992), Zago (1997), e Brentano e Leite (2003), a maioria dos corpos enfermos têm medo da morte, da cirurgia, da anestesia, da UTI e de sentir dor no pós-operatório. Além disso, informações amplificadas pela mídia sobre alguns procedimentos

anestésicos que acarretaram problemas graves ou até mesmo levaram ao óbito levam-me a inferir que esse medo é comum a todos no período pré-operatório.

É importante lembrar que faz parte do protocolo médico orientar o corpo enfermo e sua família sobre os procedimentos que serão realizados no período perioperatório, os riscos decorrentes da cirurgia e a recuperação pós-operatória na UTI. Essa conduta, eticamente correta, garante-lhes o direito de informação e segue o que preconiza a literatura, trazendo benefícios no pós-operatório, momento em que o preparo e a orientação prévios podem ajudar a diminuir o estresse e a prevenir complicações (ZAGO, 1997). Contudo, quando essas orientações chegam aos ouvidos desse corpo, elas podem ser interpretadas de acordo com seu contexto de vida, deixando-o muitas vezes perplexo com a realidade a ser enfrentada.

Dessa forma, é preciso que o enfermeiro esteja atento às expectativas desse corpo enfermo e não espere que a percepção desse corpo sobre os procedimentos que enfrentará seja parecida com a dos profissionais de saúde, que têm conhecimento técnico-científico a respeito desse evento.

Quanto a isso, Merleau-Ponty (1999) alerta que, ao se relacionar com o outro, é preciso lembrar que esse outro é um outro corpo, que se diferencia por ter seu próprio contexto, por ter sua própria interioridade. A experiência do outro se torna acessível, se for tomada não como uma idéia, mas como uma experiência iminente. Complementando esse raciocínio, Brandão (1986, p.7) afirma que “o outro sugere ser decifrado, para que lados mais difíceis de meu eu, do meu mundo, de minha cultura sejam traduzidos também através dele, de seu mundo e de sua cultura”.

Então a gente fica apreensivo com o que vai fazer. Eles falam: “Não, tem que cortar, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo”, né? “Tem que entubar e tal”, né? [...] Ah, é um negócio muito delicado mexer com o ser humano. (S5)

Preocupado? De ser cortado. Dizem que tem que cortar osso, depois fica, não pode abrir os braços, fazer força. [...] eu sei que vou ser cortado, agora, aonde, como eles vão fazer, o que eles vão me enfiar, não quero saber nada. (S7)

Cabe salientar que esses corpos enfermos fragilizados e amedrontados tentam imaginar o que os espera com o desenrolar dos procedimentos e visualizam cenas horríveis que os agridem e atemorizam. No entanto, em busca da cura, ou mesmo da mínima possibilidade de vida, é preciso suportar o temor, a agressão física, moral e psicológica, o sofrimento, a incerteza. É preciso transpor os próprios limites do corpo.

Conforme enfatiza Mantovani (2001, p.85):

[...] em nome da vida ameaçada, toda sorte de intervenções tornam-se pertinentes, toda fragmentação do corpo aceitável. Nessa perspectiva mecanicista, emerge a representação do corpo objeto, observável e manipulável a partir de razões científicas. Essa posição enuncia um corpo concreto que, quando doente, merece controles e medidas estandarizadas.

A doença traz sofrimento e, sempre que existe dor ou sofrimento, percebe-se mudança na imagem formada pelo corpo. Segundo Nasio (1997), a dor psíquica é vivida como um ataque aniquilador, que faz o corpo desmoronar-se. Ela traduz-se por uma sensação física de desagregação do corpo, na qual a presença do medo é um sentimento paralelo:

Aí a médica falou que eu precisava subir na maca, eu já fiquei zozona, tonta, com aquele medo que parecia que o coração ia sair pra fora. Nossa, um corte no peito não é normal! Aí foi aquele medo [...] acho que é o corte mesmo que dá medo, eu não sei.

Imaginar que para a realização da cirurgia cardíaca será necessário abrir o tórax é difícil e atemorizante para o corpo enfermo, que utiliza metáfora para exprimir sua angústia e provavelmente a taquicardia que o acometeu naquele momento, quando referiu *que o “coração ia sair pra fora”*. Ainda em relação à incisão cirúrgica, mas sob outro enfoque, aparece a preocupação do corpo que já vivenciou essa experiência anteriormente e está inseguro quanto ao acesso para a reoperação:

A primeira, ó, sarou bem. Não sei se cortam no mesmo lugar, não sei, né? É no mesmo lugar, né? Pois é, disseram que não podia: “Como é que você vai fazer outra cirurgia no coração?” E que tem que cortar debaixo aqui, né? Ah, falaram que não pode cortar duas vezes no mesmo lugar, mas diz que pode, né?
(S9)

Embora a palavra ‘medo’ não tenha sido evidenciada nesse discurso, está clara sua presença nas entrelinhas e interrogações sobre a possibilidade de dar certo ou errado o procedimento. Para Dietrich, Pinotti e Souza (1990), o acesso às estruturas superficiais ou intracavitárias obriga o cirurgião a realizar incisões cutâneas ou parietais, a fim de tratar o órgão comprometido, de modo seguro e confortável. O ato cirúrgico representa uma ameaça à integridade do esquema corpóreo.

Na dicotomia que se centra no eixo privado-público, é possível inferir que o corpo seja o que há de mais íntimo para uma corporeidade. Apesar de o corpo ser o meio pelo qual o homem se dá, de imediato a uma interação social, ele não deixa de ser o objeto mais privado. Essa relação entre público e privado causa sensação de invasão pessoal, quando se trata de uma intervenção cirúrgica, que atingirá o corpo de um ser humano, pois toda intervenção é, em tese, uma agressão. Além disso, imaginar um serrote abrindo o peito jamais poderá trazer alívio.

Sim [sente medo], porque vai serrar o peito, abrir o peito, vai tirar, vai abrir as veias das pernas pra o cateterismo, tudo, né? [...] Agora, pra começar, ter que serrar o peito, ter que abrir tudo, ah, pensando bem, não é fácil não. (S8)

Polak (1997) salienta que o corpo enfermo sofre com as invasões e violentações a que é submetido no espaço público e privado, o que nem sempre é percebido pela equipe de saúde.

Talvez seja mais fácil compreender a importância da integridade para uma corporeidade ao lembrar-se que cada um tem um mundo privado, que não representa o mundo para outros, mas sim para si mesmo (MERLEAU-PONTY, 1999). Ainda, diz o autor:

[...] da mesma maneira, meu corpo inteiro não é para mim uma reunião de órgãos justapostos no espaço. Eu o tenho em uma posse indivisa e sei a posição de cada um de meus membros por um esquema corporal em que eles estão todos envolvidos [...] (MERLEAU-PONTY, 1996, p.143).

O medo decorrente da invasão ao esquema corporal justifica-se pela dificuldade que se tem de aceitar qualquer intervenção nesse espaço, que é considerado único e, ao mesmo tempo, um todo, não só para o corpo enfermo, mas para qualquer corpo vivente.

O corpo, além de ser o meio de acesso ao mundo e às coisas (MERLEAU-PONTY, 1996), também reproduz uma imagem, expressando conquistas, derrotas, anseios e alegrias. O corpo percebido é o corpo próprio, imaginado e vivido por inteiro, que reflete sua condição de estar no mundo.

Algumas pessoas não gostam de seu corpo, outras são obcecadas pela imagem que ele reproduz. Na verdade, atualmente, cultua-se o corpo belo e por isso se usam

múltiplos artifícios para mantê-lo em forma. A juventude eterna parece ser a meta de muitos seres humanos, que tingem os cabelos brancos, fazem dieta ou exercitam-se exaustivamente em academias para obter uma imagem cultural de corpo esbelto ou recorrem à cirurgia plástica na busca de beleza física. Para esses corpos tão preocupados com a imagem corporal, aceitar as marcas impressas por cicatrizes cirúrgicas extensas causa um trauma que é traduzido pelo sofrimento ao imaginarem-se portadores dessas tatuagens, como é observado no discurso:

Essa cicatriz pra mim, vai me marcar muito. Eu gosto de andar de minissaia, eu gosto de andar de bermuda, saber que eu vou ficar marcada! Acho que não estou com medo da cirurgia, eu estou triste pela cicatriz. (S8)

Na sociedade brasileira, a exposição do corpo tornou-se um hábito natural, influenciado pelo clima tropical, aliado à presença de muito calor, de muitas praias e pela cultura. Confirma-se isso ao se observar a exibição de corpos, repletos de sensualidade, nos sambódromos, nos programas televisivos e nas praias do País. Esse contexto acarreta uma grande preocupação com a imagem e a beleza corporal, pois confere *status* àqueles que se mantêm nos padrões impostos por essa cultura. O corpo que concretiza sua existência percebe, é percebido, interage com o mundo e os outros e importa-se com a aparência externa, dando menor valor à verdadeira beleza, que é sua essência interior.

Na tentativa de fazer-se amar, de provocar interesse, de ser atraente, o amor pela própria imagem física é constante. Mudam-se os padrões de beleza, mas não o amor pela auto-imagem e, quando o ser humano não aceita sua aparência, pode acreditar que os outros também não a apreciam. Esse fato poderá trazer-lhe dificuldades no campo sexual, fazendo-o se preocupar em esconder o corpo do olhar ou contato com o parceiro, tornando o sexo um ato de apreensão e fuga.

Para o ser humano, o outro tem valor de sedução, representa sua imagem individual total, tal como é percebida. Ele “vê o seu ser reflexivamente em sua relação

com o outro: não pode se ver desejando, só pode se ver desejado” (DUARTE, 1996, p.179). Conforme Peiffer (1995), parece que os tempos atuais impõem um diferente tipo de medo, que quer proteger o indivíduo de ameaças emocionais, como a sensação de inutilidade, rejeição ou desamor.

Nesse sentido, a cirurgia cardíaca constitui uma ameaça que afeta a integridade do corpo. A angústia de alguns sujeitos da pesquisa em relação às cicatrizes que demarcarão seu corpo no pós-operatório, a preocupação com a estética e a não-aceitação desse corpo provocada pela marca cicatricial ficam evidente neste discurso:

Eu sinto muito pânico, porque eu sinto no meu corpo, é com o que mais [pausa] fico nervosa. Eu não tenho mancha nenhuma no corpo. Nunca necessitei de uma agulha médica, então, ficar toda marcada é difícil aceitar. [...] Cicatrizes, né? [...] Isso tudo, a marca fica, né? [...]. (S8)

A recusa da realidade abrigaria um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável e se mantivesse na ilusão de que seu corpo é inatingível. Para que ele possa preocupar-se com seu próprio corpo, é preciso que seja capaz de imaginar-se passível de ficar doente e aceitar a realidade de suas limitações (PITA, 1999). Segundo Villaça (1997), a aceitação ou recusa do corpo é ofertada ao homem a partir de distanciamento obtido pela consciência de seu corpo.

A imagem corporal é considerada a figuração do corpo formada na mente, isto é, a maneira pela qual o corpo se apresenta a si mesmo (SCHILDER, 1999). Ela é o conjunto de representações conscientes ou não que uma pessoa tem de si mesma, mediante o que é palpável e visível em seu próprio corpo. Anatomicamente, ela é apenas um invólucro do corpo, porém, sobre essa roupagem externa, são construídos vários significados simbólicos. A imagem corpórea para cada ser humano é única e está ligada à sua história (DIETRICH, PINOTTI e SOUZA, 1990).

Para Hojaij e Romano (1995), a imagem corporal é o modo como o corpo é organizado na vida psíquica, e baseia-se nas ligações que o homem têm consigo

mesmo e com o mundo externo, bem como se apresenta em constante transformação e assume caráter dinâmico. No entender de Castilho (2001), ela envolve uma relação do homem com seu próprio corpo.

Dentre as várias maneiras que o ser humano tem para pensar a respeito de si mesmo, a principal é a da imagem que ele faz de seu próprio corpo. Tal condição leva-me a pensar no entrelaçamento do ser humano com sua corporeidade. Se o corpo é o mediador das relações com o mundo e os outros, precisa primeiramente reconhecer-se como único, possuidor de muitas significações e estilo próprio. Na verdade, ele se realiza nas relações intercorporeidades, e, por meio delas, descobre sua existência, sua importância para o outro, sua afetividade, tem vontade de querer ser melhor e superar-se. Por tudo isso, podem-se compreender os motivos que levam o corpo enfermo a preocupar-se com o aspecto cicatricial que ficará em seu tórax, não somente pela sua aparência estética, mas também pelo medo de perder a sensualidade que o envolve.

*[...] Primeiro, eu quero cuidar bem dela [mostra o tórax]. Já que ela vai ficar aqui, eu vou cuidar bem dela pra sarar logo.
[...] Só em ter que ficar com uma cicatriz horrível no corpo, que nem eu vi a daquela senhorinha ali, ah, não! (S8)*

É somente numa relação com o outro que o corpo vive um nível de valores diferentes, inacessíveis à percepção íntima. “A esse respeito, o corpo não é algo que se baste a si mesmo, tem necessidade do outro, de outro que o reconheça e lhe proporcione sua forma [...]” (BAKHTIN, 1997, p.69). A imagem do corpo é a síntese viva das experiências emocionais e inter-humanas. Ao mesmo tempo em que é memória inconsciente do que é vivido pelo ser humano nas relações, é atual, viva e dinâmica (DOLTO, 1992).

Sabe-se que causas externas podem acarretar perturbações no esquema corporal, levando a modificações passageiras ou eternas da imagem do corpo. Quando essas causas são conhecidas pelo ser que enfrentará a cirurgia cardíaca, tornam-se motivo de preocupação.

*E tenho medo depois de fazer e não cicatrizar e não dar certo...
O diabético, ele tem problema com fechar, não cicatrizar,
demora. Então é isso! Depois, né, fica feio, né? (S11)*

A cicatriz cirúrgica pode comprometer a aparência estética, alterando o esquema corpóreo do enfermo. Expor áreas do corpo marcadas por cicatrizes pode trazer desconforto, causando freqüentemente desarranjos graves da auto-imagem, fazendo com que o corpo, que era motivo de orgulho, passe a ser fonte de dor e humilhação (DIETRICH, PINOTTI e SOUZA, 1990). Entretanto, Merleau-Ponty (1996, p.145) fala que o esquema corporal não se limita ao inventário das partes do corpo, à tomada de consciência global de suas partes, ao espaço e à imagem produzida por ele, mas sim “ele as integra a si ativamente em razão de seu valor para os projetos do organismo”.

A alteração no corpo deixada pela cicatriz cirúrgica poderá ser vista como depreciação ou valorização da imagem corpórea, dependendo da estrutura psicológica de cada um e da influência exercida pelo seu meio sociocultural. Em algumas culturas, uma cicatriz confere grande valor ao seu portador, significando sinal de bravura e coragem, mas, na sociedade atual, ela geralmente é considerada antiestética, e dá a impressão de defeito. Assim, a cicatriz cirúrgica assume um valor cultural, podendo acarretar tanto sentimento de angústia quanto de gratificação pessoal.

“A marca é um obstáculo ao esquecimento, o próprio corpo traz em si os sulcos da lembrança – o corpo é uma memória” (CLASTRES, 1990, p.128). As marcas são as condições inéditas que se formam no corpo a partir daquilo que se vive (ROLNIK, 1993).

Certamente, as cicatrizes deixadas pela cirurgia cardíaca serão lembranças de uma etapa significativa da vida para o corpo enfermo, porém, a maior transformação que ele sofrerá será fruto de seus momentos de reflexão, introjeção e conhecimento de si, ocasionados pelo processo perioperatório cardíaco.

Outra face do medo aparece nos discursos, quando se observa nos relatos a intenção de fuga do hospital. Conforme abordado anteriormente, ao internar-se com vistas a esse tratamento, o corpo enfermo traz consigo sentimentos de preocupação e medo do futuro. Pensar na cirurgia pode fazer com que ele não se sinta preparado para enfrentar a situação e veja a fuga como maneira de livrar-se do medo.

Já passou pela minha cabeça de fugir... Quando vem essa história: “Vai fazer cirurgia” – o medo é tanto que eu penso comigo: “Não, não vou fazer. Vou dar um jeito, vou ver se mando trazer uma roupa e vou embora”. (S1)

Quando eu internei 15 dias atrás, eu tava querendo fugir daqui, queria que a mãe me tirasse. (S10)

Todavia, a idéia de fuga vai-se dissipando com o passar dos dias, já que o sujeito tem consciência de que não há outra solução, a não ser enfrentar a cirurgia, então, num segundo momento, tenta se acostumar com a situação. A eventualidade da doença acometeu-o e ele compreende que, não só a cirurgia oferece riscos à sua vida, mas o fato de não fazê-la também.

Então, eu acho que chegou um ponto que eu tenho que operar, queira ou não queira. (S4)

Conforme Aiub *et al.* (1995), a melhor forma de enfrentar essa situação é encará-la, de forma consciente e objetiva, podendo-se falar e refletir sobre ela, discuti-la, aceitando-a ou superando-a, de acordo com os recursos disponíveis. Nesse contexto, observa-se que o enfermeiro constitui-se em um dos profissionais mais indicados para auxiliar o corpo enfermo nesse enfrentamento, desde que tenha percepção, intencionalidade e envolvimento com esse corpo no período perioperatório.

Como corporeidade, o enfermeiro vivencia situações de conflito, que o obrigam a reaprender a ver, a sentir e a ouvir, para conseguir superar os desafios presentes. Como presença intencional, consciência encarnada, o corpo visa, em sua intencionalidade, a auxiliar o outro, quer seja em seu processo de recuperação e manutenção da saúde ou durante o processo de finitude, contribuindo para que ele seja digno e humano.

Ainda como corporeidade, o enfermeiro compartilha sua prática e seu saber com o cliente, construindo e reconstruindo o conhecimento. Ele tem consciência de que, para conhecer o outro, é necessário estar aberto a captar suas mensagens, de que é preciso percebê-lo com um olhar intencional, que apreende, nutre e protege (POLAK, 1997).

Embora essas reflexões tenham sido muito significativas para minha percepção sobre o corpo enfermo, não tenho a pretensão de achar que o tema foi esgotado. Então, para ilustrar minha inquietação diante dessa incompletude, recorro à exposição de um poema de Fernando Pessoa encontrado nessa fase da pesquisa, cuja leitura me fez lembrar as angústias vividas por esses corpos:

Corpo em negativo

*Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras. (...)
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente,
E demoradamente é nossa e nós...*

5.2 A ESPERANÇA DE VIR-A-SER UM NOVO CORPO

*Sem a esperança não se encontrará o inesperado,
que é inencontrável e inacessível.*

(Heráclito)

Esta categoria, que versa sobre a esperança que o corpo enfermo coloca no procedimento cirúrgico, foi selecionada por ter sido identificada em diversos discursos, como sendo importante fator para a aceitação do processo perioperatório. A esperança não é produto da vontade do ser humano, mas de uma espontaneidade, cujas raízes escapam a ele, pois a esperança não é genuinamente uma manifestação do homem, não se encontra uma razão que a explique, nem na estrutura da vida biológica nem na vida intelectual (SANTOS, 1997).

Ao transitar entre o medo de morrer na cirurgia e o desejo de tornar-se novamente uma pessoa sem dor, capaz de trabalhar, passear, sentir-se útil e com melhor qualidade de vida, o corpo enfermo vive um sentimento de ambivalência. Assim, deixa de lado as frustrações e os sentimentos de impotência gerados pela doença, tira as amarras do temor e aventura-se pela instituição de saúde à procura da solução de seu problema. Além de entender que essa é sua única alternativa, outro fator que o leva a enfrentar a situação é acreditar que, a partir da cirurgia, será possível experimentar um futuro diferente do presente, ou seja, um novo corpo. Assim, deposita muita esperança no porvir. Essa afirmação pode ser observada nos discursos:

[...] Por que não [fazer a cirurgia]? O tratamento vai garantir que eu tenha outra vida, então, eu tenho que é afirmar e ter fé, né? Como o doutor 'X' falou pra mim: "Achando o órgão compatível, pode ficar tranquilo, você vai ficar bom, vai ter uma vida normal, vai ser outra pessoa, vai trabalhar". (S2)

[...] pra mim, [a cirurgia] significa que eu vou ter uma vida mais tranqüila, porque eu vivia inchada, não podia andar quase nada, e daí me falta muito ar, né? [...] E depois, o meu marido também disse pra mim, né: “É que daí você vai ter uma vida mais tranqüila, você não vai ter que ficar indo e voltando”. Então eu decidi. (S10)

Para Groopman (2004), a esperança não cura, mas dá ânimo para o ser humano continuar lutando pela sua melhora, pois os esperançosos recuperam mais rapidamente a saúde e têm maior taxa de sobrevivida. Ela dá energia para o corpo continuar tentando, mesmo quando as chances são irrisórias. Nutrir esperança é reconhecer, baseado na realidade, que mesmo com dificuldades é possível encontrar um caminho que leve ao encontro de melhores dias.

Conforme Polak (1997), a esperança contribui não somente para a recuperação da saúde, mas para afastar as lembranças do período de maior sofrimento, que, ao ser incorporado, inscreve suas marcas no corpo já combalido. Esses conceitos podem ajudar a compreender a importância que constitui o cultivo desse sentimento nos corpos enfermos que fazem parte desta pesquisa, no sentido de manter neles a chama da vida acesa.

Por mais que a tecnologia tenha avançado em todas as áreas, contribuindo para a cura das doenças e aumentando a possibilidade de sobrevivência do homem, as fantasias com relação ao coração não se amenizam, fazendo com que a cirurgia cardíaca seja vista não somente como sinônimo de medo ou morte, mas sob uma dimensão de renascimento, de ressuscitação. Conforme Romano (1998, p.257), esse “renascer tem um sentido mais amplo do que voltar da morte – é começar uma vida nova, livre dos defeitos anteriores, uma nova chance, com novos valores e propósitos de vida”. Por isso, esse fato pode levar o corpo enfermo a ter ilusões de que a doença não evolui. É o começar de novo.

Essa expectativa acomete todos os corpos enfermos, independentemente do tipo de cirurgia cardíaca que eles aguardam, mas parece ser mais intensa em quem espera

um transplante cardíaco, procedimento que substituirá o seu coração, considerado doente, pelo coração de outro, totalmente saudável, fazendo com que ele sonhe com esse momento.

[...] daí eu conheci quatro que já fizeram transplante. Isso me incentivou. Eu conheci uma menina no ano passado, ela andava na cadeira de rodas, hoje, ela veio me visitar aqui. Ela disse: “Faça o transplante, pode ficar tranqüilo que eu estou trabalhando, cuidando dos meus filhos, fazendo todo o serviço de casa, não sinto cansada, não sinto nada. A cadeira de rodas eu doei”. (S2)

Ainda em relação ao transplante cardíaco, Romano (1998) comenta que o período de espera pelo órgão é turbulento, caracterizado por muitas internações intercaladas com melhora e piora do quadro clínico, que causam ansiedade, depressão, revolta e passividade. É uma fase em que há desconfianças, mas também muita necessidade de cuidados com o corpo enfermo, sendo que a atenção dada a ele é fundamental para que não haja desvitalização durante o processo de espera.

O ser doente não é anormal, ele vivencia uma doença e quer ser saudável, deseja voltar a ser o que era e ter saúde, ser sadio no futuro. Muitas vezes, ele perde o autocontrole e a liberdade, tendo de se entregar a outros que o conduzam à cura ou melhora de sua doença, fim tão desejado (OLIVIERI, 1985). Nesse caso, ele recorre à equipe de saúde e deixa que ela se encarregue de seu tratamento, esperando uma transformação em sua vida.

A única coisa que eu sinto é que eu quero ter uma vida melhor do que a que eu estou vivendo, porque viver com dor, pra mim, não é vida. (S4)

Para o ser doente, o significado de ser-e-viver-saudável-no-mundo manifesta-se em seu modo de ser e viver anteriormente, que agora parece estar bem distante. Geralmente, ele deseja ser saudável e percebe seu estado de estar doente como uma perda do seu eu anterior. A doença pode levá-lo a procurar novos caminhos, a se conscientizar do problema e procurar maneiras mais saudáveis de viver (SILVA e BORENSTEIN, 1992).

Reportando-me ao corpo enfermo, foco desta pesquisa, percebo que ele entra intuitivamente no mundo hospitalar à procura de saúde e de um vir-a-ser que acredita existir. Nesse sentido, a esperança é um sentimento que o faz prosseguir, é uma necessidade que se faz presente, ajudando-o a acreditar, a querer cumprir metas num futuro próximo, a persistir nesse caminho de pedras em que se encontra. Enfim, ela pode ser vista como uma luz no fim do túnel, que ilumina a estrada que ele deseja alcançar: um pós-operatório tranquilo, na companhia de sua família.

Olha, pra mim, eu acho que eu vou sentir [pausa], e, se Deus me ajudar, que eu passe por essa, então, vou ficar melhor, vou ficar uma pessoa sem problema [...]. (S4)

Para Silva *et al.* (1999), a pessoa acometida por uma doença crônica enfrenta mudanças em seu estilo de vida por causa da enfermidade, da necessidade de tratamento, do controle clínico e de possíveis internações hospitalares recorrentes. Desse modo, pode-se considerar que a doença cardiovascular provavelmente interfere na vida social dessa pessoa, já que a situação referida pode limitá-la em relação ao trabalho ou outra atividade que demande esforço físico e disponibilidade, constituindo-se num problema para ela. A perspectiva de encontrar soluções para sua condição de vida faz com que ela decida operar-se.

Em alguns discursos, evidencia-se o desejo de o corpo vir-a-ser um trabalhador, aqui como condição essencial no seu processo de viver. Para os corpos enfermos, os sentimentos de inutilidade e incapacidade são constrangedores, principalmente, se

essas pessoas tinham uma vida atribulada, cheia de afazeres e obrigações, e se eram responsáveis pelo sustento da família.

O trabalho, além de estar inserido na cultura como enaltecido do homem, conferindo-lhe *status*, também constitui principal instrumento de sobrevivência dele, porque, na sociedade capitalista, cada corpo vivente é considerado a partir de sua condição socioeconômica, pela sua força produtiva e, ainda, pela capacidade de manter-se saudável e independente. Pensar na possibilidade de permanecer útil e não se tornar um fardo para a família e sociedade, dá-lhe coragem para continuar lutando.

Quanta gente já fez, né? e continua fazendo... e volta a trabalhar normal, a viver normal, então... (S5)

Quero voltar a continuar a minha vida na mesma coisa: trabalhar, cuidar dos meus netos... (S8)

Ao solicitar aos cardiopatas, sujeitos de sua pesquisa, que se autodessem antes do adoecimento, Turra *et al.* (2001) encontraram nas respostas, como pontos importantes para a normalidade de suas vidas, o trabalho e a disposição. De acordo com Romano (1995), a incapacidade na execução de várias atividades atribui aos corpos doentes sentimento de inferioridade, inadequação, piedade e baixa auto-estima. Para Martins (1999), o trabalho preenche grande parte da vida humana e tem papel diferente em cada cultura. Na cultura ocidental, ele representa uma maneira de o homem garantir sua sobrevivência e sentir-se útil à sociedade à qual pertence, colocando em prática suas aptidões e conhecimentos.

De fato, a cirurgia cardíaca constitui um marco essencial no tratamento do cardiopata, no entanto, é sabido que poderão persistir restrições físicas, alimentares, ao fumo, que ele precisará adaptar-se a medicamentos e exercícios, não adquirindo a qualidade de vida que esperava. No entanto, isso passa despercebido por ele nesse momento, em que, ao vislumbrar-se após a realização e recuperação da cirurgia, imagina voltar a ser saudável como outrora.

Olha, eu espero que saia tudo bem, né? Que eu saia bem da cirurgia, que corra tudo bem, que não precise, né? mais voltar aqui, né?, que eu tenha uma vida, que eu possa ter uma vida melhor. (S11)

Em relação a essa idéia, Merleau-Ponty (1999, p.64) afirma que “a percepção do mundo pelos outros não pode entrar em competição com aquela que tenho eu próprio: meu caso não se assimila ao dos outros, vivo minha percepção por dentro e, do interior, ela possui um poder incomparável de ontogênese³”. Conforme foi descrito, o que realmente vale no momento não é a percepção do profissional de saúde sobre o pós-operatório cardíaco, isto é, seu conhecimento de que esse processo pode trazer muitas restrições para o corpo enfermo, mas sim a maneira como o corpo percebe a situação, pois é acreditando nesse vir-a-ser que ele encara a internação e a própria cirurgia cardíaca.

Seguindo esse ponto de vista, Mantovani (2001) refere que, para assisti-lo, é necessário que o profissional de saúde esteja atento às necessidades do corpo enfermo como indicativo das ações de cuidar, bem como à sua compreensão de processo de adoecimento e cura, mantendo uma postura que favoreça a interação e o acolhimento mútuo.

Nessa luta pela sobrevivência, o corpo enfermo enfrenta múltiplos desafios, sofre com a ausência dos parentes e de sua rotina, que ficou lá fora, tem de se adaptar às normas e rotinas institucionalizadas e submeter-se a inúmeros procedimentos técnicos que fazem parte do protocolo cirúrgico. Os medos continuam presentes, mas, ao serem confrontados com a possibilidade de um amanhã diferente, por ele almejado, tornam-se irrelevantes.

Me sinto bem assim de fazer, porque quando eu sair lá fora, eu estou, né? pra viver normalmente. (S5)

³ Série de transformações sofridas pelo ser vivo desde a fecundação do ovo até o ser perfeito.

Na verdade, o passado e o futuro não podem ser simplesmente conceitos que o ser humano forma por devaneio, a partir de suas percepções e recordações, pois, “não é o passado que empurra o presente nem o presente que empurra o futuro para o ser; o porvir não é preparado atrás do observador, ele se premedita em frente dele, como a tempestade no horizonte” (MERLEAU-PONTY, 1996, p.551).

Desse modo, demonstra-se que a necessidade de cirurgia cardíaca evidencia muitos sentimentos no corpo enfermo, fazendo com que ele reflita sobre os acontecimentos, enfrente seus medos e suas dificuldades e torne-se esperançoso por melhores dias.

Neste momento, considero oportuno compartilhar trechos de uma canção de Juan Luis Guerra, que fala dessa ambigüidade de sentimentos que se apossam do corpo e, como tantas outras canções, utiliza esse órgão cheio de simbologia como expressão:

*Tenho um coração,
dividido entre a esperança e a razão.
Tenho um coração,
Bem melhor que não tivera...*

*...Canta coração,
que esta alma necessita de ilusão.
Sonha coração,
Não te enchas de amargura.*

6 REFLEXÕES SOBRE A CAMINHADA

*Viver é ser capaz de extrair de cada fato uma lição,
de cada ato um ensinamento,
de cada acontecimento um aprendizado.*

(Hemus)

O tempo passou rapidamente, e hoje, ao olhar para trás, percebo que já não sou como outrora. Foi um processo natural que aconteceu comigo, assim como deve ter acontecido com minhas parceiras de caminhada, nos últimos dois anos. Aquela visão tecnicista e fechada do mundo da saúde foi-se transformando, à medida que eu me relacionava com outras pessoas e conhecia novos conceitos, muitos dos quais assimilei e passaram a fazer parte do meu mundo. Vale ressaltar que a intencionalidade esteve presente durante todo esse percurso, iniciado, não com o processo seletivo, mas sim algum tempo antes, quando reingressei em um curso de inglês, pensando na possibilidade de fazer o mestrado.

O constante exercício de reflexão e crítica exercido nesse período certamente contribuiu para a minha corporeidade, presente no mundo hospitalar, misturada a outros corpos, cuidadores ou cuidados, em que vivencio o sofrimento humano, porém com vistas a promover o bem-estar e conforto do corpo que sofre, durante o processo perioperatório, seja numa unidade de internação ou no centro cirúrgico.

O centro cirúrgico é visto pelo corpo enfermo como a reta final de seu tratamento, local onde ele não tem domínio sobre si e onde, provavelmente, permaneça cercado dos medos descritos anteriormente. Por isso, a oportunidade de encontrá-lo e interagir com ele fora desse ambiente, na unidade de internação, onde ele vivenciou o processo pré-operatório passo a passo, dia após dia, possibilitou a compreensão e interpretação dos significados desse momento para ele, que percebe o fim de sua existência como um evento próximo, que pode se efetivar mediante a cirurgia cardíaca; sente-se agredido pelo procedimento cardíaco ou pelas cicatrizes advindas desse procedimento, mas, ainda assim, o corpo enfermo resolve enfrentar seus medos, na esperança de um futuro melhor.

Quando iniciei a análise dos discursos, encontrei um leque de possibilidades que evidenciaram a percepção do corpo enfermo em relação à proximidade da morte, o medo da violação e das marcas inscritas pela cirurgia, o desejo de fuga, a visão de que essa era a única opção de tratamento e a possibilidade de obter uma vida melhor, mediante o novo corpo conquistado após a cirurgia. Todavia, ao debruçar-me sobre os discursos, percebi que, na verdade, existiam duas categorias: uma caracterizada pela

presença de diversos medos que dominavam o corpo enfermo nesse momento; e outra marcada pela esperança dele no vir-a-ser um novo corpo.

Esta pesquisa permitiu entender que, para o corpo enfermo, o contato com a doença cardíaca e as dificuldades que ela acarreta, a necessidade de comprometimento com o tratamento cirúrgico e as restrições que podem advir da cirurgia tornam-se ameaças constantes à sua integridade. Isso me leva a acreditar, cada vez mais, que não adianta ter o domínio técnico-científico para o cuidado, se não se é sensível ao que mostra o fenômeno.

A compreensão do corpo e da corporeidade nas relações de intersubjetividade, a partir do pensamento de Merleau-Ponty, proporcionou-me abarcar os sentimentos e as percepções presentes na situação de pré-operatório cardíaco e trouxe novas inquietudes. Ao me apropriar desse conhecimento, sinto necessidade de compartilhá-lo com a equipe cuidadora que atua no período perioperatório. No mundo hospitalar, o cardiopata relaciona-se principalmente com essa equipe que, guiada pela visão cartesiana, ainda não consegue percebê-lo em seu contexto existencial. Para que ela mude essa percepção, é preciso que a tão comentada humanização dos serviços de saúde seja posta em prática rapidamente. Percebo que a saída está na conscientização dos profissionais que lideram a relação cuidador-cuidado, e uma das formas de promover essa conscientização é mediante o desenvolvimento de trabalhos com esse enfoque, para que se inicie um processo de resgate das relações humanas.

A visita pré-operatória de enfermagem pode ser uma prática exercida para diminuir a ansiedade do corpo enfermo, se o enfermeiro não utilizá-la somente para fornecer-lhe orientações relacionadas ao procedimento cirúrgico, mas se considerar esse momento uma oportunidade de interação de corporeidade – enfermeiro/enfermo, na qual possa conhecer suas reais expectativas e orientar-lhe de acordo com elas.

Essa visita pode ser feita pelo enfermeiro da unidade de internação ou do centro cirúrgico, visto que ambos têm competência para tal. Também, deve existir comunicação efetiva entre esses enfermeiros, que proporcione a troca de informações sobre as necessidades do corpo enfermo e seja significativa para o cuidado dele durante o período perioperatório.

Quanto ao tempo de internação, que geralmente é longo e angustiante para esses corpos enfermos, pode-se recorrer à equipe multidisciplinar, como o terapeuta ocupacional, o psicólogo e o assistente social, para auxiliar na suavização desse momento, tornando sua estada no hospital mais suportável.

De acordo com Leloup e Hennezel (2003), esse não é um trabalho fácil, visto que hoje em dia não se vive num mundo de afetividade, e sim de efetividade, onde são valorizadas as técnicas, o fazer e tudo que gere rentabilidade e eficácia. A tecnologia e a ciência avançaram consideravelmente, mas o fator humano não acompanhou essa evolução. A hospitalidade deixou de ser o propósito principal do hospital, que, ao investir nos tratamentos, desumanizou-se. Muitos profissionais de saúde estão preocupados com essa situação, na qual se sentem máquinas a quem se pede para reparar outras máquinas e não se julgam preparados para integrar de fato sua função essencial, que é cuidar do ser.

Apesar de meu intuito ser a compreensão dos sentimentos e das percepções do corpo enfermo em relação ao procedimento cirúrgico cardíaco, a fim de prestar-lhe cuidados expressivos durante sua estada no centro cirúrgico, não pude deixar de notar que, além do medo, outros fatores contribuíram para o seu mal-estar. Assim sendo, acho necessário fazer um comentário a esse respeito.

Sem recursos financeiros para a realização de tratamento em instituições privadas, o corpo enfermo chega às portas das grandes instituições públicas. Quando não se caracteriza uma urgência cirúrgica, interna-se muito antes da data da cirurgia, para que: sejam realizados todos os exames de rotina (mesmo os que poderiam ser realizados ambulatorialmente); discuta-se o caso com toda equipe médica numa visita semanal; consigam-se todos os materiais específicos necessários ao procedimento; e haja vaga no centro cirúrgico e na UTI e equipe disponível para o ato cirúrgico. O período pré-operatório estende-se, gerando dúvidas em relação à data de consolidação da cirurgia, que chega a demorar mais de 30 dias. A interrupção da rotina diária, a ausência da família, a saudade dos filhos e netos, a incerteza quanto à data da cirurgia, a falta de privacidade, a impessoalidade, a imposição de normas, e, principalmente o tempo de internamento prolongado deixam o corpo enfermo angustiado e ansioso para

resolver de vez o seu problema de saúde e ver-se livre desse ambiente insalubre, fato que foi sentido e comentado por alguns dos entrevistados durante as entrevistas.

Esse evento deixa o corpo enfermo desanimado e, ao mesmo tempo, ansioso para operar e se ver livre desse ambiente insalubre, fato que foi sentido e comentado por alguns dos entrevistados durante as entrevistas.

Conforme Polak (1997), é necessário que ocorra uma reordenação do espaço social do hospital, para que nele seja possível o convívio amistoso e seguro das relações horizontais e se propicie um diálogo aberto, no qual as relações impessoais façam parte do passado. O leito hospitalar é a via crucis pela qual o corpo enfermo tem de passar, pois sua doença é algo pessoal, subjetivo e intransferível.

Muitas vezes, a equipe que atua no centro cirúrgico desconhece a realidade enfrentada pelo corpo enfermo, seja porque se mantém fechada em seu ambiente de trabalho ou porque está atenta a outros enfoques. Ao receber o aviso do procedimento cirúrgico, nem imagina a carga de sentimentos e anseios que dominam esses corpos que aguardam a cirurgia. Contudo, se for conscientizada a esse respeito, essa equipe pode servir de ‘porto seguro’ para eles, dando-lhes força e esperança para reconquistar a saúde desejada.

Para Brentano e Leite (2003), o preparo emocional desses clientes é de suma importância e está no raio de ação da enfermagem, podendo ser desenvolvido quando ela propõe-se a uma relação de ‘estar com’, verdadeiramente. Leloup (1999) aconselha a não esquecer que, ao tocar alguém, está-se tocando uma pessoa, um corpo, que abriga toda a memória de sua existência e, portanto, deve ser considerado um templo. Para esse autor, muitos nunca foram tocados como um templo ou uma pessoa, somente como um pedaço de carne ou como coisas.

Por fim, ao desvelar esse fenômeno que se relaciona com os sentimentos e as percepções do corpo enfermo no pré-operatório de cirurgia cardíaca, percebi, também, o sofrimento e as marcas deixadas sobre ele. Assim, acredito que esta pesquisa servirá de instrumento para os enfermeiros do centro cirúrgico, no desenvolvimento de ações expressivas voltadas ao cuidado de enfermagem para o cliente cirúrgico, auxiliando esses profissionais no processo de humanização que iniciaram recentemente.

REFERÊNCIAS

- AIUB, A. L. C. *et al.* Ansiedade em pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v.5, n.6 (Supl. A), nov./dez. 1995.
- ALCOFORADO, L. M. A. *et al.* Humanização no atendimento do paciente cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v.5 (esp.), p.7-9, 1986.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. O corpo. *In:*_____. **Filosofando:** introdução à filosofia. 2.ed., São Paulo: Moderna, 2002.
- ARAÚJO, P. V. R.; VIEIRA, M. J. As atitudes do homem frente a morte e o morrer. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.3, p.101-117, set./dez. 2001.
- ATCKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. A Morte. *In:* **Fundamentos de Enfermagem:** introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1989. cap. 15.
- BAGGIO, M. A.; TEIXEIRA, A.; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de enfermagem fazendo a diferença. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.122-139, jan. 2001.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BARRÊTO, F. J. T. A morte e o morrer. A assistência ao doente mental. *In:* MELLO F. J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 28.
- BLACK, J. M.; MATASSARIM-JACOBS, E. **Enfermagem médico-cirúrgica:** uma abordagem psicofisiológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- BICUDO, M. A. V. Sobre a fenomenologia. *In:* BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação.** Piracicaba: Unimep, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde-Datasus. **Óbitos por Ocorrência por Capítulo CID - 10, segundo Região: IX Doenças do aparelho circulatório, período: 2000.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em: 17 nov. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia brasileiro de vigilância epidemiológica.** 4. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

BRENTANO, J. E.; LEITE, M. T. Enfrentando a cirurgia cardíaca: a experiência do paciente. **R. Med. PUCRS**, Porto Alegre, v.13, n.2, abr./jun. 2003.

CAMPOS, E. P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. *In*: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAPALBO, C. O pensamento de Merleau-Ponty sobre a fenomenologia de Husserl. **Revista Brasileira de Filosofia**, São Paulo, v.143, n.2, p.216-222, jul./set. 1986.

_____. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e a sua repercussão na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.415-419, dez. 1998.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS**, Brasília, v.12, n.2, abr./jun., 2003.

CARVALHO, M. V. B. Atravessando a dor existencial em face do processo de morrer. *In*: CASTRO, D. S. P. *et al.* **Existência e saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.

CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de Enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v.24, n.3, p. 359-70, 1990.

CASTILHO, S. M. **A imagem corporal**. Santo André/SP: ESETEC Editores Associados, 2001.

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

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CLASTRES, P. **A sociedade contra o estado**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

COLLIÈRE, M. M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2. ed. Lisboa: Lidel, 1989.

DANTAS, R. A. S.; AGUILAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo Enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.6, p.31-6, nov./dez. 2001.

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente**: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo: Schwarcz, 1990.

DIETRICH, I.; PINOTTI, H. W.; SOUZA, M. C. Cicatriz cirúrgica e imagem corporal. **Rev. Bras. de Cirurgia**, São Paulo, v.80, n.1-35, 1990.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

DUARTE, E. B. Propõem-se... contatos imediatos: a construção da imagem corporal nos anúncios classificados. *In*:_____. SILVA, I. A. **Corpo e sentido**: a escuta do sensível. São Paulo: UNESP, 1996.

EDUC. **Leonardo da Vinci**. Disponível em: <www.educ.fc.ul.pt/icm/icm2000/icm33/leonardo.htm>. Acesso em: 20 set. 2004.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. *In*: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Semiologia do corpo. *In*: LEAL, O. F. **Corpo e significado**: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: Universidade, 1995.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GAARDER, J.; HELLERN, V.; NOTAKER, V. **O livro das religiões**. São Paulo: Schwarcz Ltda., 2001. Tradução de Isa Mara Lando.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, M. A. **Sentir, pensar, agir**: corporeidade e educação. Campinas: Papirus, 2001.

GOTO, T.A.; GIANASTÁCIO, V. A transcendência divina na vivência do homem: perspectiva da Psicologia Humanista-Existencial. **Rev. Eletrônica Correlatio**, n.3, maio, 2003.

GRAÇAS, E. M. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Rev. Min. Enf.**, v. 4, n. 1/2, p.28-33, jan./dez., 2000.

GROOPMAN, J. O remédio da esperança. **Rev. Veja**. São Paulo: Abril, ano 37, n.39, 29 de set., 2004.

HAFE, P. *et al.* Fatores de risco de enfarte do miocárdio: um estudo de caso-controle no Porto, Portugal. **Rev. Port. Cardiol.**, Lisboa, v.16, n.9, p.695-702, jun., 1997.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

HOJAIJ, E. M.; ROMANO, B. W. Modificação da imagem corporal ao longo do processo de transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de SP**, São Paulo, v.5, n.6, p.9-16, nov./dez. 1995.

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

IWANOVICZ, B. A imagem e a consciência do corpo. *In*: BRUHNS, H. T. *et al.* **Conversando sobre o corpo**. 5. ed. São Paulo: Papirus, 1994.

JAPIASSU, H. e MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KNOBLOCH, F. Reflexões sobre terapia breve em cardiologia. *In*: LAMOSA, B. W. R. *et al.* **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1990.

KOFES, S. E sobre o corpo, não é o próprio corpo que fala? Ou o discurso desse corpo sobre o qual se fala. *In*: BRUHNS, H. T. *et al.* **Conversando sobre o corpo**. 5. ed. São Paulo: Papirus, 1994.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

KUBO, K. M. *et al.* Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9 n.3, p.33-42, mai. 2001.

LABRONICI, L. M. **Corporeidade no cenário da Clínica Ortopédica**. Porto Alegre: Edições EST, 1999.

_____. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. Florianópolis, 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LAMOSA, B. W. R. *et al.* **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1990.

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

- _____. O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LEMOS, C. R. H.; CANTINELLI, L. N. M. Qualidade de vida e transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de SP**, São Paulo, v.11, n.6, p.21-28, nov./dez. 2001.
- LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n.1, p.32-49, jan./abr. 2001.
- LIBERMAN, F. O corpo como produção de subjetividade. **Cad. Subjetividade**, São Paulo, v.5, n.2, p.371-383, dez. 1997.
- LOSS, E.; MANTOVANI, M. F.; SOUZA, R. H. A percepção do cardiopata frente à cirurgia cardíaca. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.8, n.1, p.50-54, 2003.
- LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. do Estado de SP**, São Paulo, v. 6, n.5, p.541-7, 1996.
- LUNARDI FILHO, W. D. *et al.* Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v.10, n.3, p.60-81, set./dez. 2001.
- MACHADO, O. V. M. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. *In: Pesquisa qualitativa em educação*. Sociedade Brasileira de Estudos e Pesquisa Qualitativa. São Paulo: UNIMEP, 1994.
- MANTOVANI, M. F. **Sobrevivendo**: o significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia. 2001. Tese (Doutorado) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MARTINS, J. J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho de enfermagem numa UTI. **Texto & Contexto Enf.**, v.8, n.3, p.128-146, set./dez. 1999.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: recursos básicos. São Paulo: Moraes, 1989.
- MARTINS, J. Apresentação. *In: OLIVIERI, D. P. O “ser doente”*: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes. 1985.
- _____. J. **Um enfoque fenomenológico de currículo**: educação como poesis. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J. BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.24, n.1, p.139-47, abr. 1990.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MELTZER, L. E.; PINNEO, R.; KITCHELL, J. R. **Enfermagem na Unidade Coronariana**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1993.

MERLEAU-PONTY, M. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas**. Campinas: Papirus, 1990.

_____. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Freitas Bastos, 1996.

_____. **O visível e o invisível**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **O olho e o espírito**. São Paulo: Vega, 2002.

MERIGHI, M. A. B. Cuidado: enfermagem e fenomenologia. *In*: CASTRO, D. S. P. *et al.* **Existência e saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.

MONTAIGNE, M. **Ensaaios**. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. Trad. Sergio Milliet.

MORAES, P. A. *et al.* Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de SP**, São Paulo, v.9, n.4 (Supl. A), p.1-11, jul./ago. 1999.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

OLIVIERI, D. P. **O “ser doente”**: dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985.

PALMER, R. E. **Hermenêutica**. Lisboa: edições 70, 1997. Tradução de Maria Luísa Ribeiro Ferreira.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. **Humanistic Nursing**. New York: National League, 1988.

PATRÍCIO, Z. M. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade da vida: novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.8, n.3, p.53-77, set./dez. 1992.

PEIFFER, V. **Positivamente sem medo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

PIRES, C. A.; SHAROVSKY, L. L.; ROMANO, B. W. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. **Rev. Soc. Cardiol. do Est. S.P.** v.4, n.5 (Supl. A) set./out. 1994, p.1-7.

PITTA, A. M. F. Hospital: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PLATÃO. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

POLAK, Y. N. S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Socialidade da doença, multidões de corpos e corporeidades solitárias**. 1997. Tese (Professor Titular) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

REZENDE, A. L. M. *et al.* **Ritos de morte na lembrança de velhos**. Florianópolis: UFSC, 1996.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações**: ensaios de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

RODRIGUES, J.C. **O tabu de corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1975.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. São Paulo: Liberdade, 1993.

ROMANO, B. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. *In*: STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998.

ROMERO, E. O corpo no século XVIII: elementos para a compreensão das atividades corporais e redimensionamento de uma práxis na passagem para o 3º milênio. *In*: **Ensaio**: Educação Física e esporte. Vitória: Ufes, v. I, 1993.

SAINT-EXUPÉRY, A. **O pequeno príncipe**. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2001.

SANT'ANNA, D. B. Corpo e história. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v.3, n.2, p.246-266, dez. 1995.

_____. O corpo entre antigas referências e novos desafios. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.5, n.2, p.275-284, dez. 1997.

SANTOS, J. L. dos. **O que é cultura**. São Paulo: Círculo do Livro, 1990.

SANTOS, M. F. **Dicionário de Filosofia e Ciências Culturais**. São Paulo: Matese, 1997. v.4.

- SARTRE, J. P. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. Petrópolis, 1997.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. Tradução de Rosanne Wertman.
- SIEBERT, R. S. S. As relações de saber-poder sobre o corpo. *In*: ROMERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Campinas: Papirus, 1995.
- SILVA, A. L.; BORENSTEIN, M. S. Ser E viver saudável no mundo; buscando novos caminhos no cuidar pesquisando com o ser-doente. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.1, n.2, p.56-69, jul./dez. 1992.
- SILVA, L. F. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento da família. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 15, n.1, jan./mar. 2002.
- SOUZA, R.H.S.; MANTOVANI, M.F.; LENARDT, M.H. Significados do corpo: reflexão teórica. **Cogitare Enf.**, Curitiba, v.6, n.2, p.25-30, jul./dez.2001
- STEDFORD, A. A crise do saber e a expectativa da morte. *In*: _____. **Encarando a morte**: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes médicas, 1986. Tradução de Silvia Ribeiro.
- STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- TOMASI, N. G. S; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde**: fundamentos essenciais. Curitiba: As autoras, 1999.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- TURRA, K. *et al.* As repercussões da doença cardiovascular na qualidade de vida dos adultos: relato de experiência. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.6, n.1, p.32-36, jan./jun. 2001.
- VAZ, M. R. C. *et al.* A certeza incerta da morte e suas metáforas na situação de acometimento de AIDS-tuberculose. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.3, p.82-100, set./dez. 2001.
- VILLAÇA, N. Paradoxais metáforas identitárias: o corpo em mutação. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v.5, n.2, p.343-351, dez. 1997.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

ZAGO, M. M. F. A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influencia cultural. **Rev. Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v.5, n.4, p.69-74, outubro, 1997.

ZAGO, M. M. F.; CASAGRANDE, L. D. R. Algumas características do processo educativo do enfermeiro cirúrgico com pacientes: um ensaio. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p.52-59, set./dez.1996.

Apêndices

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório das cirurgias cardíacas”, que tem como objetivo saber o que significa para o cliente precisar de uma cirurgia do coração. Com isso, poderemos atender melhor às necessidades das pessoas que se internarem para fazer cirurgia cardíaca.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar-se, ou, se vier a participar, desistir quando quiser. Isso não prejudicará seu tratamento nem seu atendimento, que estão assegurados.

As informações que você der poderão ser divulgadas em relatório ou publicação, mas sem que seu nome seja citado, garantindo-se o sigilo. Em vez de citar seu nome, usarei um código.

As entrevistas serão gravadas em fita cassete para que não se perca nenhuma informação e depois serão transcritas para o papel.

Eu,....., li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendi que sou livre para desistir da participação no estudo quando eu quiser, sem justificar minha decisão e sem que isso afete o meu tratamento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

assinatura do paciente

nome da pesquisadora

Curitiba, ___/___/_____.

APÊNDICE 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da UFPR

Eu, Rosa Helena Silva Souza, venho mui respeitosamente submeter à vossa apreciação o meu Projeto de Dissertação, em anexo, que tem como título “Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório das cirurgias cardíacas”.

Solicito autorização para realizar uma pesquisa com os pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca internados nesta instituição, observando os preceitos éticos presentes na Resolução 196/96.

Tal pesquisa atende os objetivos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, do qual sou aluna.

Certa de poder contar com sua compreensão, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos e, desde já, agradeço.

Atenciosamente,

Rosa Helena Silva Souza
COREN-PR 30623

APÊNDICE 3 – EXEMPLIFICANDO O PROCESSO DE ANÁLISE DO DISCURSO PARA EXTRAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO

Entrevista 9, realizada em 8 de abril de 2004.

M. R. S. C., sexo feminino, 47 anos, casada, natural e procedente de Mafra, exerce atividades do lar. Internada há cinco dias na CTCV, aguarda em pré-operatório a troca de válvulas. Fez uma comissurectomia em 1993, nesse hospital, tem quatro filhos que estão em sua cidade e marido, que vem visitá-la todos os dias. Em 7 de abril, apresentei-lhe meu projeto e convidei-a a participar dele, explicando-lhe os termos da entrevista. Marcamos o encontro para obtenção do discurso para o dia seguinte, depois do horário de visitas. Antes da entrevista, avisei a equipe de enfermagem que estaria na sala de curativos, local onde improvisava uma sala de entrevistas com duas cadeiras, e pedi para que, se possível, não fosse interrompida. Depois de lermos e assinarmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pedi autorização para ligar o gravador e iniciamos, então, com a seguinte questão: **Descreva para mim como você sente e vê sua condição atual, de precisar de uma cirurgia cardíaca**, ao que ela respondeu:

“Na hora em que eu recebi, que os médicos me deram assim..., que precisava, né? *eu fiquei bastante assustada*, desanimada, sei lá. Mas daí, com o correr dos dias que foram passando, depois vim pra cá, né? E agora, estando aqui internada, foi passando. Eu tô me sentindo mais aliviada agora. *Eu to com medo, né, mas..., fé em Deus, e...* [pausa]. Eu tô me tratando desde o mês de [pausa]. Depois que eu fiz a primeira cirurgia do coração, que eu já fiz uma, né? em 93. Daí agora, eu comecei a me tratar no mês de julho de volta, porque começou a me cansar de volta, né? Daí eu comecei a me tratar com um cardiologista tá, né? Eu fui fazer um cateterismo em Florianópolis. Fiz o cateterismo e voltei pra casa alegre, pensando que já tava boa, né? Às vezes é bom a gente ser burro, né? porque a gente não entende bem como ocorrem as coisas assim, né? Então, eu fiquei uma semana bem feliz, porque eu pensei que tava

boa, e assim, eu não tinha nada de atacação, nada, né? Então, eu pensei que aquilo já tinha me, já, já tinha me feito uma cirurgia, né? É, mas não, que foi que passou no dia 16 de março. Daí o médico me chamou, né? telefonou pra mim, que era pra eu ir lá, que tinha que... Daí eles não me deram resultado nenhum em Florianópolis e eu não achava também que eles davam, né? Não, não pedi também, eles não me deram. Depois o médico pediu e veio por fax, né? Daí, só com o resultado que eu ia precisar de mais uma cirurgia, né? [neste momento houve uma pausa para o choro]. Daí, no dia 16, ele me chamou, conversou comigo e falou, né? que precisava de mais uma cirurgia. *Coisa que eu nem pensei, sempre falei que a única coisa que eu queria fazer jamais, era uma cirurgia, né? Incomoda bastante.*”

Por que incomoda?

“Ah, sei lá. Porque é. A gente, assim, até na hora, nem sabe explicar. *É medo, sabe? Medo, bastante medo, assim, e tem os riscos que tem, né. Porque qualquer cirurgia tem risco, mas essa tem mais, né?* O médico explicou pra mim, *a gente fica pensando nos filhos, né, que a gente tem, que queria deixar mais encaminhados na vida, fico pensando: que tal, se não volto, né, da cirurgia?* Mas **daí entrego nas mãos de Deus, é só o que tenho pra fazer!** Na primeira cirurgia também senti cansaço, não podia mais andar 10 metros. Daí eu engravidei. Daí o médico foi me tratando até que eu tive um menino, né? Foi me tratando, batendo raio X, colocando avental de chumbo para não afetar a criança, né?, até que ele nasceu e eu agüentei até dois aninhos. Daí eu vim pra cá, e fiz a primeira cirurgia, e fiquei bem agora, até agora, graças a Deus. Não teve nenhuma complicação, só que agora é mais diferente, né? Agora são duas válvulas... Eu tive uma anemia no meio disso. *Aí, né, então eu acho que é mais complicado agora, vai ter que trocar, aquela vez foi só limpada, né, porque tava um pouquinho entupida, né? Agora eu acho que é mais complicado, daí trocar, sei lá eu.*”

Mas o que significa para a senhora ter que operar o coração?

“Ah, sei lá, nem tenho explicação [risos]. *Agora tem dias que dá até um calorão na gente, né, de nervoso.* Mas daí a gente, vendo as companheiras de quarto, né?, que vão saindo pra cirurgia, outras vão chegando, outras tão pra chegar, e aí vai

animando a gente, né? *Que nem uma senhora que tá ali, né?, que já foi feito ponte de safena e mamária, e isso ali vai dando força pra gente, né?. Que ela venceu, a gente também, né?*

É, e agora tenho medo, né?, tenho medo. Agora não tô mais com medo, seja o que Deus quiser. Eu já entreguei na mão de Deus. Seja o que Deus quiser, né?, porque eu ficar assim não adianta, porque o médico me explicou pra mim, né?, se eu ficar assim, meu coração já cresceu, já soltou sangue pro fígado, já comprometeu o fígado. Então, logo eu começo a inchar. Minha barriga já inchava, tinha que tomar diurético. Então, logo as minhas pernas vão começar também a inchar e o que vai acontecer? Logo o meu coração não vai poder mais trabalhar. Sinto falta de ar, cansaço, afogamento na garganta, né? Não posso deitar de travesseiro baixo, só travesseiro alto. Não posso me abaixar assim, se eu tomo banho, se eu me esfrego, me dá uma atacação, o coração me balança de um jeito atravessado, sabe? Hoje o médico tava me examinando, diz que ele não tá batendo certo. Mas eu acho que já tô acostumada com ele bater de tudo que é jeito, sabe? Tudo eu acho que acostuma, sabe? Sei lá eu [riso nervoso]. Mas, contanto que eu passe bem durante a cirurgia, pode ficar, não me importa. A primeira sarou bem [mostra a cicatriz]. *Não sei se cortam no mesmo lugar, não sei, né. É no mesmo lugar, né? Pois é, disseram que não podia: - Como é que você vai fazer outra cirurgia no coração? - E que tem que cortar debaixo aqui, né? [mostra a região do hemitórax esquerdo].*”

Quem falou?

“Ah, falaram que não pode cortar duas vezes no mesmo lugar, mas diz que pode, né? Depois, a equipe do doutor R. que me operou há 10 anos atrás, vai fazer 11 anos, posso contar 11 anos. Foi o mesmo médico que me operou a 11 anos atrás e ele me dá uma segurança assim, bem boa, sabe? A equipe dele. Ele falou pra mim quantos corações ele operou nesses 11 anos? Nossa! Então, uns têm um caso menor, outros têm maior. Agora, o problema da gente é, sabe, é ficar aqui, que o dia não passa, sei lá eu, não é que nem em casa, né, com certeza, né? É, eu tô fazendo os exames, já fiz, acho que só falta o ecocardiograma. O resto já fiz tudo.”

Como você está enfrentando esta situação?

*“Ah, nos primeiros dias, eu ficava muito nervosa, né? Não conseguia nem imaginar eu fazendo outra cirurgia, né? Mas depois, eu tenho os filhos, tem o meu marido também que me dá bastante força. Porque eu acho assim que a ajuda deles ajuda bastante, né? E também, a gente não pode desanimar assim. A gente tem que se apresentar alegre pra eles, pros filhos principalmente, né?, se não eles também desanimam, né? Então é assim, às vezes dá um... [choro]. É Deus, a gente se agarra com ele, mas os momentos de fraqueza da gente, a gente tem do mesmo jeito. E o que a gente faz? A gente chora, né? Então, em casa, a minha filha sempre dizia: - Não começa com folia de chorar, heim? Chorar não adianta. Não fica escondida aí nos cantos choramingando, que isso não vai adiantar nada. Vai procurar recurso, que tem, né? - Então, quando eu expliquei pra eles que o médico me falou que tinha risco, já tinha uma porcentagem de risco, né?: - **Ah não, vai, vai lá, vai operar, vai viver mais bastante pra frente.** - Eles falam assim, né? Isso tá incomodando, né?, não adianta, eu querer ficar com ele. Às vezes, assim, passa pela cabeça, né?, mas já eu faço desaparecer assim, né? Olho pra fora da janela, converso com a vizinha que tá do lado, e assim vou levando, né? Até quarta-feira de manhã, se Deus quiser. Mais um dia, então tô contando que Deus vai me dar mais essa oportunidade, né? **Do coração [risos], se fosse outra parece que não era tanto assim, né? Que a gente não ia ligar, né? Mas porque será, do coração, quando falam, né? Nossa! Lá no nosso lugar, lá eles falam: - Ih, aquela lá foi lá pra Curitiba operar o coração. Vai voltar num pijama de madeira -. É, eles falam sim. Mas eu quero ver se eu vou vencer mais essa, não vou voltar num pijama de madeira, não!”***

Nosso encontro transcorreu normalmente. Depois da entrevista, utilizei o diário de campo para anotar dados importantes, como suas expressões, que me demonstraram angústia. Ela chorou muito durante a entrevista e parecia querer que eu lhe confirmasse que tudo sairia bem. Abriu-se espontaneamente e, algumas vezes, parava para refletir antes de falar. Precisei fazer algumas perguntas além das que serviriam de guia para a entrevista, a fim de continuar o raciocínio ou para que o tema fosse aprofundado.

Após fazer a transcrição integral do discurso, li atentamente sua descrição várias vezes, para me familiarizar com suas experiências e compreender sua linguagem. Num segundo momento, selecionei as partes que correspondiam ao objetivo de minha pesquisa, ou seja, as unidades de significado que falam sobre o fenômeno que estou pesquisando. Essa etapa foi resultado da leitura repetitiva do discurso, que possibilitou a minha compreensão da linguagem utilizada por ela. Esses seguimentos correspondem aos trechos que evidenciei em negrito e itálico na descrição acima.

Depois disso, agrupei-os nas seguintes categorias:

1 – Com relação ao medo:

[...] eu fiquei bastante assustada

Eu tô com medo, né? mas... fé em Deus e... [pausa].

Coisa que eu nem pensei, sempre falei que a única coisa que eu queria fazer jamais, era uma cirurgia, né? Incomoda bastante.

É medo, sabe? Medo, bastante medo, assim, e tem os riscos que tem, né? Porque qualquer cirurgia tem risco, mas essa tem mais, né?

[...] a gente fica pensando nos filhos, né?, que a gente tem, que queria deixar mais encaminhados na vida, fico pensando: - Que tal se não volto, né, da cirurgia?

[...] daí entrego nas mãos de Deus, é só o que tenho pra fazer!

Aí, né?, então eu acho que é mais complicado agora, vai ter que trocar, aquela vez foi só limpada, né?, porque tava um pouquinho entupida, né? Agora eu acho que é mais complicado, trocar, sei lá eu.

É, e agora tenho medo, né?, tenho medo. Agora não tô mais com medo, seja o que Deus quiser. Eu já entreguei na mão de Deus.

Não sei se cortam no mesmo lugar, não sei, né? É no mesmo lugar, né? Pois é, disseram que não podia: - Como é que você vai fazer outra cirurgia no coração?

Ah, falaram que não pode cortar duas vezes no mesmo lugar, mas diz que pode, né?

Ah, nos primeiros dias eu ficava muito nervosa, né? Não conseguia nem imaginar eu fazendo outra cirurgia, né?

Do coração [risos], se fosse outra parece que não era tanto assim, né? Que a gente não ia ligar, né? Mas porque será, do coração, quando falam, né? Nossa!

Lá no nosso lugar, lá eles falam: - Ih, aquela lá foi lá pra Curitiba operar o coração. Vai voltar num pijama de madeira -. É, eles falam sim. Mas eu quero ver se eu vou vencer mais essa, não vou voltar num pijama de madeira, não!

2 – Com relação à esperança:

“Ah não, vai, vai lá, vai operar, vai viver mais bastante pra frente”.

APÊNDICE 4 – EXEMPLIFICANDO A EXTRAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO.

4.1 Unidades de significado transcritas na linguagem do corpo enfermo

As unidades de significado estão aqui demonstradas, conforme identificação e aproximação dos aspectos em que houve convergência de conteúdo, entre os depoimentos dos sujeitos da pesquisa.

4. 1.1 Unidades de significado relacionadas ao medo de morrer na cirurgia.

Então aqueles outros dias que eu soube que tinha que fazer a cirurgia foram dias só de angústia, medo, apavoração. Aqui eu fiz aquele comentário. Eu disse: “Ai meu Deus, parece que eu estou indo pro corredor da morte!” (S1)

É uma cirurgia de risco, que pode levar a óbito. Se Deus quiser o óbito, eu não vou poder fazer nada também [...] ou sendo um pouco mais drástico, nem ir pra UTI, né? Ficar na sala! É uma coisa natural, Rosa. Lógico, na graça de Deus, eu faço oração, mas o que se reserva para amanhã? Ninguém sabe. (S6)

Eu estou com fé que eu vou sair daqui vivo. Também, se Ele não quiser, fazer o que, né? Porque quem manda é ele. (S7)

Ah, medo de ficar na cirurgia, porque tudo é possível, né? É uma cirurgia de risco. (S10)

Eu tenho três filhos, um de 28, 27 e um com 11, e eu tenho medo [pausa]. Eu tenho medo de morrer na cirurgia, morrer depois, tenho medo disso. [...] Eu já vi história de muita gente que fez assim e às vezes até se saiu bem, mas depois teve uma recaída, qualquer coisa assim, né, parecida e... então é isso. [...] Eu já soube, né, de

gente que, como eu posso te contar, que já fez e já aconteceu, né? Fez, foi pra casa numa boa e de repente voltou... (S11)

É medo, sabe? Medo, bastante medo, assim. E tem os riscos que tem, né? Porque qualquer cirurgia tem riscos, mas essa tem mais, né? A gente fica pensando nos filhos que a gente tem, que eu queria deixar mais encaminhados na vida. Fico pensando: que tal se não volto, né, da cirurgia? [...] Lá no nosso lugar lá eles falam: “Ih, aquela lá foi lá pra Curitiba operar o coração. Vai voltar num pijama de madeira”. (S9)

Ah, nos primeiros dias, eu ficava muito nervosa, né? Não conseguia nem me imaginar fazendo outra cirurgia, né? [...] Se fosse outra, parece que não era tanto assim, que a gente nem ia ligar, né. Mas porque será, quando falam que é do coração, né? Nossa! (S9)

[...] porque a senhora sabe, a médica falou um monte de coisa. Daí isso, aquilo outro, os riscos são 100% de risco, né? Tem que falar o risco. Agora, se não fala, daí e se morre? Aí dizem, por que não avisou? Isso é um direito nosso. (S8)

Aí a médica falou que eu precisava subir na maca, eu já fiquei zozza, tonta, com aquele medo que parecia que o coração ia sair pra fora. Nossa, um corte no peito não é normal! Aí foi aquele medo, aquela angústia e pensei, ‘ai meu Deus, o que que eu vou fazer?’ [...] Acho que é o corte mesmo que dá medo, eu não sei. (S1)

Então, a gente fica meio apreensivo com o que vai fazer. Eles falam: “Não, tem que cortar, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo”, né? “Tem que entubar e tal”, né? [...] Ah, é um negócio muito delicado mexer com o ser humano. (S4)

Preocupado? De ser cortado. Dizem que tem que cortar osso, depois fica, não pode abrir os braços, fazer força. [...] eu sei que vou ser cortado, agora, aonde, como eles vão fazer, o que eles vão me enfiar, não quero saber nada. (S7)

Sim [referente ao medo], porque vão serrar o peito, abrir o peito, vão tirar, vão abrir as veias das pernas pra, o cateterismo, tudo, né? [...]. Agora, pra começar, ter que serrar o peito, ter que abrir tudo. Ah, pensando bem, não é fácil não. (S8)

[...] então, eu acho que é mais complicado agora, porque vai ter que trocar, daquela vez, foi só limpada, né? porque estava um pouquinho entupida, né? Agora, eu acho que é mais complicado, daí trocar, sei lá eu. (S9)

A primeira, ó, sarou bem. Não sei se cortam no mesmo lugar, não sei, né? É no mesmo lugar, né? Pois é, disseram que não podia: “Como é que você vai fazer outra cirurgia no coração?” E que tem que cortar debaixo aqui, né? Ah, falaram que não pode cortar duas vezes no mesmo lugar, mas diz que pode, né? (S9)

Eu sinto muito pânico, porque eu sinto no meu corpo, é com o que mais [pausa] fico nervosa. Eu não tenho mancha nenhuma no corpo. Nunca necessitei de uma agulha médica, então, ficar toda marcada é difícil aceitar. [...] Cicatrizes, né? [...] Isso tudo, a marca fica, né? [...] Essa cicatriz pra mim, vai me marcar muito. Eu gosto de andar de minissaia, eu gosto de andar de bermuda, saber que eu vou ficar marcada! Acho que não estou com medo da cirurgia, eu estou triste pela cicatriz. (S8)

[...] Primeiro, eu quero cuidar bem dela [mostra o tórax]. Já que ela vai ficar aqui, eu vou cuidar bem dela pra sarar logo. [...] Só em ter que ficar com uma cicatriz horrível no corpo, que nem eu vi a daquela senhorinha ali, ah, não! (S8)

E tenho medo depois de fazer e não cicatrizar e não dar certo... O diabético, ele tem problema com fechar, não cicatrizar, demora. Então é isso! Depois, né, fica feio, né? (S11)

Já passou pela minha cabeça de fugir... Quando vem essa história: “Vai fazer cirurgia” – o medo é tanto que eu penso comigo: “Não, não vou fazer. Vou dar um jeito, vou ver se mando trazer uma roupa e vou embora”. (S1)

Quando eu internei 15 dias atrás, eu tava querendo fugir daqui, queria que a mãe me tirasse. (S10)

Então, eu acho que [pausa] chegou um ponto que eu tenho que operar, queira ou não queira. (S4)

4.1. 2 Unidades de significado relacionadas à esperança.

[...] Por que não? Fazendo o tratamento que vai garantir que eu tenha outra vida, então, eu tenho que é afirmar e ter fé, né? Como o doutor 'X' falou pra mim: "Achando o órgão compatível, pode ficar tranqüilo, você vai ficar bom, vai ter uma vida normal, vai ser outra pessoa, vai trabalhar". (S2)

[...] daí eu conheci quatro que já fizeram transplante. Isso me incentivou. Eu conheci uma menina no ano passado, ela andava na cadeira de rodas, hoje, ela veio me visitar aqui. Ela disse: "Faça o transplante, pode ficar tranqüilo que eu estou trabalhando, cuidando dos meus filhos, fazendo todo o serviço de casa, não sinto cansada, não sinto nada. A cadeira de rodas eu doe". (S2)

[...] pra mim, [a cirurgia] significa que eu vou ter uma vida mais tranqüila, porque eu vivia inchada, não podia andar quase nada, e daí me falta muito ar, né? [...] E depois, o meu marido também disse pra mim, né: "É que daí você vai ter uma vida mais tranqüila, você não vai ter que ficar indo e voltando". (S10)

Olha, pra mim, eu acho que eu vou sentir [pausa] e, se Deus me ajudar, que eu passe por essa, então, vou ficar melhor, vou ficar uma pessoa sem problema [...]. A única coisa que eu sinto é que eu quero ter uma vida melhor do que a que eu estou vivendo, porque viver com dor, pra mim, não é vida. (S4)

Quanta gente já fez, né? e continua fazendo, e volta a trabalhar normal, a viver normal. Então [...] me sinto bem assim de fazer [a cirurgia], porque quando eu sair lá fora, eu estou, né? pra viver normalmente. (S5)

Quero voltar a continuar a minha vida na mesma coisa: trabalhar, cuidar dos meus netos... (S8)

Olha, eu espero que saia tudo bem, né? Que eu saia bem da cirurgia, que corra tudo bem, que não precise, né? mais voltar aqui, né?, que eu tenha uma vida, que eu possa ter uma vida melhor. (S11)

4.1.3 Unidades de Significado Transcritas na Linguagem da Pesquisadora

- A descoberta da possibilidade do fim da existência faz com que o corpo enfermo reflita acerca do evento, sentindo-se amedrontado e angustiado no período pré-operatório; o procedimento cirúrgico cardíaco é considerado pelo corpo enfermo uma invasão interior, uma agressão, podendo deixar cicatrizes, o que faz com que ele sinta-se amedrontado em relação à cirurgia; a percepção do corpo enfermo em relação à cirurgia cardíaca faz com que ele sinta medo de enfrentar a situação e tenha vontade de fugir.
- O corpo enfermo vislumbra a possibilidade de ter uma vida melhor com a cirurgia, esperando que haja uma transformação nele, que, no momento, encontra-se debilitado e doente.

4.1.4 Síntese das Unidades de Significado

- Tem medo de morrer em decorrência do procedimento cardíaco; tem medo da invasão do corpo, da agressão a ele e das cicatrizes ocasionadas pela cirurgia cardíaca; o medo de enfrentar a cirurgia cardíaca leva-o a pensar na fuga.

- Tem esperança de ter uma vida melhor e um corpo saudável, após a cirurgia cardíaca.

4.1.5 Temas Emergentes

- **Corpos amedrontados – uma realidade a ser transcendida.**
- **A esperança de vir-a-ser um novo corpo.**