

Cuidado perioperatório e as estratégias de autocuidado: percepções de médicos residentes da cirurgia geral

Perioperative care and self-care strategies: perceptions of general surgery resident doctors

Cinthia Bocatti¹; Elias Pedro da Silva Junior²; Camila Dalcol³; Mara Lúcia Garanhani⁴

Resumo

Este estudo objetivou analisar o significado do cuidado perioperatório para a equipe de residentes médicos da cirurgia geral de um hospital público do Paraná, assim como, as estratégias de autocuidado utilizadas pelos mesmos. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que utilizou a entrevista como instrumento de coleta de dados, buscando analisar os discursos de dez médicos residentes da equipe de cirurgia geral. Após análise dos dados, identificaram-se cinco categorias do fenômeno estudado: 1. Cuidados realizados junto ao paciente de cirurgia geral; 2. Participantes do cuidado; 3. Significado de cuidado; 4. Estratégias de autocuidado; e 5. Aprendizado do cuidado. O estudo evidenciou que, para os entrevistados, o cuidado envolve sentimentos e depende tanto de uma boa interação entre os membros da equipe multiprofissional, quanto de ações realizadas em prol do paciente. Além disso, evidenciou-se que quem cuida também necessita ser cuidado. Assim, outros profissionais e pessoas como amigos e membros da família, foram considerados importantes por oferecerem apoio, compreensão e incentivo.

Palavras-chave: Assistência perioperatória. Assistência médica. Autocuidado.

Abstract

This study aimed to analyze the meaning of perioperative care for a general surgery residents' team in a public hospital of Paraná, as well as determine the self-care strategies used. This is a descriptive study with a qualitative approach, which used interview as a source for data collection, aiming to analyze the speeches of ten resident physicians of a general surgery team. After considering the data, five categories were identified: 1. Care performed with the general surgery patient; 2. Care providers; 3. The meaning of medical care; 4. Self-care strategies; 5. Patient care learning. The study suggested that according to the interviewees, patient care involves feelings and relies as much on the good interaction between members of the multidisciplinary team, as on the actions carried out on behalf of the patient. In addition, it became clear that caregivers also need to be taken care of. Thus, other health professionals, friends and family members were considered of great importance as they provide support, understanding and encouragement to the patient.

Keywords: Perioperative care. Medical care. Self-care.

¹ Enfermeira do Hospital do Câncer de Londrina. Especialização em Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado pela Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: cinthiabocatti@hotmail.com

² Enfermeiro Supervisor do Serviço Noturno do Hospital Evangélico de Londrina. Residência em Enfermagem Perioperatória pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestrando em Enfermagem da UEL. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL). Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: elipedrojr@yahoo.com.br

³ Residência em Enfermagem Perioperatória pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestrado em Enfermagem pela UEL. Enfermeira de Centro Cirúrgico, Central de Materiais e Esterilização e Recuperação Anestésica do Hospital do Coração de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: kamila_dalcol@hotmail.com

⁴ Doutora em enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Associada, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: maragara@hotmail.com

Introdução

Ao se refletir sobre o cuidado, um leque amplo de significados se descortina. O cuidado faz parte das raízes primárias da existência do ser humano, além de estar presente desde o início da vida, como uma forma de sobrevivência, e em qualquer outra circunstância ou estado em que o homem se encontre.

O cuidado desvela-se antes mesmo das atitudes humanas e, portanto, está em todas as situações e ações, representando atos de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Assim, o cuidado está na raiz primária de constituição do homem enquanto ser, desse modo, faz parte da essência humana (BOFF, 2000).

No âmbito do cuidado, há o cuidado perioperatório, que compreende os cuidados prestados pela equipe multiprofissional nos momentos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, ou seja, desde o instante que o paciente sabe de seu diagnóstico no processo de saúde/doença e decide pela cirurgia, até sua recuperação e reabilitação (SOBECC, 2013).

No sentido mais estrito do cuidado perioperatório, há a cirurgia como “o ramo da medicina que se dedica ao tratamento das doenças, lesões, ou deformidades, por processos manuais”, conforme Silva et al. (2009, p. 6). Este momento é impar para o paciente que irá se submeter a uma cirurgia, mas, também, de igual valor para a equipe cirúrgica, que desempenhará papel fundamental para sua realização.

Nessa situação, o cuidado prestado pela equipe cirúrgica ao paciente deve envolver, além dos procedimentos técnicos específicos, o auxílio para que este possa buscar um caminho que lhe dê o sentido do cuidado de si, do autocuidado. Assim, o cuidado ao paciente cirúrgico pode ser entendido como a arte de criar impulsos na direção do prazer, pois deve fazer com que as pessoas prolonguem ou renovem a formas de ser e sentir-se saudável por meio do cuidado de si (SILVA et al., 2009).

Compreende-se que as ações de cuidado devem estar conectadas à realidade vivida pelas pessoas, de modo a servir como ferramenta imprescindível para o traçado de intervenções por parte dos profissionais de saúde ao paciente cirúrgico e sua família. As interações estabelecidas, nesse processo, implicam no desenvolvimento de uma relação de afeto entre os atores do mesmo, o que as tornam um instrumento que contribui, fundamentalmente, para a prática de procedimentos de acolhimento no processo cirúrgico (LINS et al., 2013).

Assim, torna-se fundamental conhecer os sentimentos da equipe cirúrgica, sobretudo, do médico residente, em relação aos cuidados perioperatórios, o que contribui para que o olhar e as atitudes do cuidado ao paciente cirúrgico possam, de maneira geral, ser aprimorados e contribuam para mudanças nas práticas profissionais realizadas no cuidado perioperatório.

Com base nessas reflexões questiona-se: Como uma equipe de residentes de cirurgia geral desenvolve o cuidado perioperatório? Qual é o significado que o cuidado perioperatório tem para os médicos residentes de uma equipe de cirurgia geral? Quais as estratégias que eles utilizam para cuidar do paciente e para seu autocuidado? Estas interrogações suscitaram o desejo de realização deste estudo. Destarte, o objetivo desta pesquisa foi analisar o significado do cuidado perioperatório para a equipe de residentes médicos da Cirurgia Geral, de um hospital público do Paraná, assim como, as estratégias de autocuidado utilizadas pela mesma.

Material e Método

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e utiliza a análise dos discursos baseada na Estrutura do Fenômeno Situado (MARTINS; BICUDO, 2006).

As pesquisas de natureza qualitativa, segundo Martins e Bicudo (2006), possibilitam o desvelamento de novos significados. São

concebidas como uma trajetória circular em torno do que se deseja compreender, pois não se atêm, única e/ou aprioristicamente, a princípios, leis e generalizações, mas voltam o olhar para a qualidade dos elementos significativos para o observador-investigador. Os autores também afirmam que o homem é homem-no-mundo, ou seja, o humano vive com outros humanos, numa relação da qual, naturalmente, faz parte, não podendo se dissociar dela. Tal fato corrobora os objetivos da pesquisa, o que justifica a escolha da abordagem qualitativa como referencial teórico-metodológico. Por conseguinte, com base nessa abordagem, o pesquisador, ao entrevistar seu pesquisado, deve avaliar o fenômeno que quer compreender, empenhando-se nas análises.

O local do estudo foi um hospital-escola de grande porte de uma universidade pública do Paraná, autarquia vinculada à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, pertencente à 13ª Regional de Saúde do Paraná. Este hospital se classifica como de nível terciário e atende especialidades. A instituição possui 333 leitos, todos disponíveis para o Sistema Único de Saúde e realiza, em média, 1.500 internações mensais, 12.000 atendimentos ambulatoriais, 2.700 atendimentos de pronto-socorro, além de 650 cirurgias. Os recursos humanos são representados por cerca de 310 docentes com atividade direta, 1.718 servidores do quadro técnico-administrativo, além de residentes das diversas especialidades e alunos de graduação.

Foram entrevistados os médicos residentes da equipe de Cirurgia Geral do hospital, totalizando dez profissionais, sendo destes cinco médicos residentes do segundo ano e cinco residentes de outras clínicas, que fizeram residência em Cirurgia Geral nesta instituição. Após informações sobre os objetivos, a metodologia da pesquisa e a necessidade de as entrevistas serem gravadas, foi solicitado aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS com o Parecer CEP nº 122/08, CAAE nº 0115.0.268.000-08.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas gravadas, por considerar que esta possibilita a captação dos diferentes modos de os entrevistados vivenciarem o cuidado perioperatório. As perguntas norteadoras utilizadas foram: Quais as necessidades de cuidado que você considera que o paciente cirúrgico apresenta? Como você cuida do paciente cirúrgico? Como você compartilha o cuidado do paciente cirúrgico? O que significa cuidado para você? Como você se cuida? Em que situações você se sente cuidado? Quem você identifica que cuida de você, enquanto equipe de saúde, aqui no hospital? Como você aprende o cuidado? Além destas, foram utilizadas outras perguntas durante a entrevista, sempre que houve necessidade de facilitar ou auxiliar a continuidade do depoimento. Estas perguntas foram: Gostaria de falar mais alguma coisa sobre o tema? Você quer me contar mais alguma coisa?

Foi utilizado também o recurso de repetir a última frase dita pelo entrevistado, diante de longas pausas deste, de modo a possibilitar a continuidade de seu raciocínio. Ao pesquisador e entrevistador, coube a tarefa de não induzir o colóquio a nenhuma expectativa pessoal, ou seja, de não emitir palavras ou frases que pudessem conter juízo de valor.

Na etapa de análise, foi utilizada a sequência proposta por Martins e Bicudo (2006), que é composta por dois momentos:

1º momento – análise ideográfica ou individual

Esta análise se refere à inteligibilidade dos significados presentes, que se articulam nas inter-relações e na unidade estrutural dos casos individuais. Este momento foi dividido em quatro etapas:

1. Leitura da descrição, do início ao fim, sem buscar qualquer interpretação ou identificação de atributo ou elemento, a fim de se chegar a um sentido geral do que está descrito. Neste estudo, este tipo de leitura foi realizado várias vezes, pois foi necessário.
2. Após a obtenção do sentido, retomou-se a leitura do texto, para se apreender as unidades de significado, com foco no fenômeno pesquisado.
3. As unidades de significados foram identificadas e revistas, para se selecionar o significado contido nas mesmas.
4. Por fim, a etapa da síntese. Nesse momento, as unidades foram transformadas em proposições para se chegar a uma estrutura do fenômeno: o significado do cuidado perioperatório para a equipe de residentes de cirurgia geral.

2º momento – Análise nomotética ou geral

Esta análise tem por objetivo alcançar a estrutura geral psicológica, de modo a propiciar a identificação de movimentos de convergência e divergência que se mostrarão nos casos individuais. Esta etapa compreende as seguintes fases:

1. Releitura das estruturas psicológicas individuais, que serão tomadas como referência em todos os casos; e busca de evidências entre as proposições individuais, de modo a estabelecer convergências e divergências. Neste momento, as convergências passam a constituir afirmações que podem se tornar gerais e características de uma estrutura do fenômeno, enquanto as divergências são consideradas aspectos estruturais e idiossincráticos do fenômeno.
2. Por último, a fase da explicitação de generalidades. Este é o momento em que

se relata a verdade geral, identificada no estudo, e se formula o essencial. Assim, é nesta fase que se constrói os resultados, de modo a possibilitar a compreensão e a elucidação do fenômeno.

Resultados e Discussão

Após as análises individual e geral, a aproximação das unidades de significado possibilitou a construção de cinco categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado, sendo estas: Cuidados realizados para o paciente de cirurgia geral; Participantes do cuidado; Significado de cuidado; Estratégias de autocuidado; e Aprendizado do cuidado. No âmbito de algumas categorias, emergiu mais de um tema de discussão.

Primeira categoria: Cuidados realizados para o paciente de Cirurgia Geral

Nesta categoria, os médicos residentes expressaram várias formas de cuidado realizadas aos pacientes, e estas foram subdivididas em três temas: orientações, procedimentos e relação médico-paciente.

Orientações ao paciente: A fala dos médicos residentes identifica claramente a orientação como um cuidado prestado ao paciente. Esta ferramenta, usada pelo médico para esclarecer, orientar ou, até mesmo, confortar o paciente, é vista como essencial e com forte influência sobre o desfecho do momento vivido pelo paciente, o que pode ser confirmado pelos trechos a seguir:

Estamos dispostos a explicar para ele tudo que pode acontecer, tudo que ele vai sentir. MR9

Deixar sempre o paciente ciente de todos os riscos e complicações que cada cirurgia pode ter, explicar quais são as chances desses riscos acontecerem e qual a possibilidade de que ela corra bem. MR3

Como vai ser o pós-operatório [...] se eles têm alguma dúvida de como vai ser quando for para casa... MR6

Então, é sempre bom ter alguém da família junto para orientar [...] às vezes, a pessoa da família explicando ele entende melhor do que o médico falando. MR7

A experiência do cuidado é uma relação recíproca, ou seja, requer investimento dos envolvidos que compartilham o cuidado numa relação de co-participação. A vocação do homem é a de ser sujeito e não objeto. Isso sugere que a relação de cuidado deve se estabelecer horizontalmente, por meio de uma prática dialógica, em que o cliente possa discutir, questionar, criticar e expressar suas necessidades e desejos de cuidado. Afinal, se é na práxis que a palavra se impõe, ela não é dita para os outros, mas com a palavra dos outros (FREIRE, 2001).

O procedimento cirúrgico não é algo solitário para o paciente, pois requer deste um preparo prévio, no plano familiar, social ou profissional, de modo a evitar o surgimento de estresse e ansiedade excessivos (SANTOS; HENCKMEIER; BENEDET, 2011). Essa relação de cuidado inclui orientações ao paciente cirúrgico, pois é aceitável que este apresente sintomas de estresse e ansiedade, pois a insegurança emerge em situações desconhecidas e é próprio do ser humano ter dúvidas nesses momentos. A origem do estresse e da ansiedade está relacionada ao medo do desconhecido.

Nesse sentido, um estudo de Santos; Henckmeier e Benedit (2011, p. 187) ressalta que “o grau de orientação do paciente cirúrgico está intrinsecamente ligado a sua recuperação, pois, quando o paciente não tem clareza do que acontecerá durante o processo cirúrgico, tende a ficar mais ansioso.”

Procedimentos realizados com o paciente: As falas dos médicos demonstraram que cuidado, para eles, é representado por todos os procedimentos realizados para proporcionar a melhora do paciente sendo relatados: avaliações, exames, prescrições, preparos, avaliação dos sinais vitais, histórico familiar, necessidades individuais, entre outros. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Precisa da clínica cirúrgica [...] avaliar muito bem esse paciente desde o começo, fazer avaliação... MR5

Correr atrás de fazer o pré-operatório, risco cirúrgico, tudo a gente tem que correr [...] cuidado com prescrição, a gente que faz a prescrição. MR8

Fazer sempre assepsia, antisepsia [...] sempre, na cirurgia, os cuidados que a gente tem que ter é não pôr coisa a mais do que o paciente necessita... MR4

Acho que devemos estar presentes, ao lado dele, fazer visita várias vezes... MR2

Para os médicos, todas as ações realizadas durante a permanência do paciente no hospital são importantes e fazem parte do cuidar. Entre estas ações, estão: fazer uma avaliação correta; observar todos os sinais emitidos pelo paciente a fim de identificar suas necessidades de solicitar exames; receitar medicamentos; e proporcionar conforto.

Os residentes médicos descrevem procedimentos que são relatados e preconizados para as cirurgias gerais, o que pode também ser observado em um estudo de Christóforo e Carvalho (2009). Segundo os autores, os médicos avaliam os cuidados e os preparos necessários aos pacientes que serão submetidos a cirurgias eletivas. Os principais cuidados preconizados são: avaliação de sinais vitais; alergias; jejum; tricotomia; banho; medicações pré-anestésicas; retirada de adornos antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico.

Uma reflexão sobre o cuidado refere que o cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do indivíduo, objeto do cuidado, e de responder suas dúvidas de forma adequada. Esta afirmativa se aproxima dos resultados deste estudo, pois trata da importância da interação entre o cuidador e a pessoa cuidada, para que o responsável pelo cuidado possa identificar as necessidades do paciente, assim como, avaliar os resultados alcançados (BRETAS, 2001).

Relação médico – paciente: Os discursos também evidenciaram que o cuidado prestado pelos médicos residentes é permeado pela relação estabelecida entre o médico e o paciente. A interação entre os

seres humanos é algo inerente à existência e se torna agente facilitador dos objetivos propostos, independente de os objetivos estarem relacionados à cura, ao alívio da dor ou, simplesmente, ao acolhimento. Pode-se observar esta realidade por meio das seguintes falas:

Devemos ter um contato muito próximo com o paciente. [...] Às vezes, só de você conversar com o paciente, explicar, falar a verdade, ele já te agradece. Mesmo que a notícia não seja boa. MR10

Às vezes, perguntamos para ele se entendeu e pedimos para ele explicar o que foi dito, quando temos alguma dúvida se o paciente compreendeu aquilo que pode acontecer. MR2

Ele tem que concordar com você, não adianta impor uma cirurgia ao paciente, sendo que ele não está disposto. MR4

A discussão sobre a interação médico-paciente não é algo novo, porém, sua importância vem crescendo a cada dia, como aponta a Política Nacional de Humanização, segundo a qual, é preciso reconquistar o lugar do sujeito enfermo, reconhecendo seus direitos e que tal relação comporta assimetrias de saber e de poder. Esta relação, baseada no vínculo e na confiança desenvolvidos, resgata o acolhimento como um qualificativo transformador da interação cuidador/cuidado, que passa a se configurar como: *estar com* e *estar perto de*, o que possibilita o reconhecimento das singularidades do adoecer e das diferentes dimensões das necessidades em saúde (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Algumas características que o ser humano possui, das quais o médico pode se valer para obter bons resultados no estabelecimento de uma interação com o paciente, são: intimidade - o mundo interior de cada um; manifestação - realizada através do corpo, da linguagem e da ação; capacidade de se dar - entregar ao médico sua intimidade; e liberdade - de aplicar o tratamento proposto (MIRANDA, 2010). Isso fica evidente na terceira fala apresentada, de MR4.

É importante ressaltar ainda que a relação médico-paciente é considerada um processo de construção complexo e desafiante, que demanda esforços de ambas as partes. Para Rocha et al (2011), esta relação está condicionada ao modelo empregado, que pode se dar de quatro formas: modelo sacerdotal que é o mais arcaico e propõe completa submissão do paciente ao médico; modelo engenheiro, mostra-se inverso ao sacerdotal, ou seja, o médico informa e executa procedimentos; modelo colegial caracteriza-se por envolvimento entre o profissional e o doente sendo o poder de decisão compartilhado entre ambos; por fim o modelo contractualista, considerado o mais adequado, em que conhecimentos e habilidades são valorizadas, havendo participação ativa tanto do paciente quanto do médico.

Segunda categoria: participantes do cuidado

Na segunda categoria, os médicos participantes da pesquisa identificaram as pessoas que consideram envolvidas no processo do cuidar, divididas em dois grupos. No primeiro, citaram os profissionais com os quais o cuidado é compartilhado e, no segundo, relacionaram outras pessoas, tais como o próprio paciente, sua família, amigos e outros.

Assim, inicialmente, os médicos abordaram os profissionais envolvidos no processo do cuidar, não somente os que compartilham o cuidado ao paciente, mas também os que cuidam do próprio médico residente, ou seja, que participam de muitos momentos da vida dos mesmos, como se pode observar nas falas a seguir:

Toda a equipe que trabalha conosco faz parte do nosso bem estar. Todo mundo que tem relação comigo tem um certo carinho comigo, então, tem relação com o meu cuidado... MR 5

Eu tenho alguns professores que são pais. MR 9

Divido o cuidado do paciente com toda a equipe multidisciplinar [...] acho que os cuidados têm que ser integrais mesmo, não pode ser só cuidado médico. MR5

Compartilhar o cuidado com outros profissionais também se revela uma forma de cuidado. A ética tem sua base psicológica na capacidade do ser humano de transcender a situação concreta do desejo orientado a si próprio, para viver e tomar decisões voltadas ao bem estar de pessoas e de grupos, dos quais sua própria satisfação íntima depende (ZOBOLI, 2004).

Destaca-se, ainda, que o trabalho multiprofissional enfrenta muitas barreiras no que tange ao abandono de práticas isoladas, individuais e concorrentes, para que a articulação entre diferentes saberes, sobre um mesmo cuidado, possa ser alcançada.

De acordo com Paes et al. (2013, p. 410), a integração multiprofissional é:

[...] não apenas a somatória das diversas práticas, mas sua integração através da construção coletiva de um saber mais amplo e próprio de uma equipe multiprofissional, que discuta a possibilidade de articulação da atuação dos diversos profissionais de saúde, de modo a superar a fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques. [...].

Os discursos dos médicos residentes mencionaram, também, os familiares, os amigos e os companheiros afetivos, como outras pessoas envolvidas nesta arte que é o cuidar. A família foi bastante valorizada, tanto em sua relação de ajuda e cuidado ao paciente, quanto como suporte ao médico, em todos os momentos da trajetória do processo cirúrgico. Seguem alguns exemplos:

E também com a família do paciente, quando ele for para casa, o cuidador é o familiar que é co-responsável pelo tratamento. MR1

Em casa, tendo o apoio da minha família para tudo, eu me sinto cuidada. MR9

Então, os amigos são os que mais cuidam da gente. MR8

Minha namorada... MR10

No processo de reabilitação, a família desempenha papel fundamental no preparo anterior à cirurgia e

posterior à mesma, pois, juntamente com o médico, informa e explica o diagnóstico, o prognóstico e o planejamento terapêutico (BECHARA et al., 2005). Nesse sentido, Souza; Gomes; Barros (2009) ressaltam que é a família que supervisiona o estado de saúde/doença de seus entes, auxilia na tomada de decisões, acompanha, avalia e busca orientações que a habilitem a cuidar.

O conteúdo dos discursos pode ser fundamentado pelos achados na literatura pesquisada. Segundo Zoboli (2004, p. 24):

Cuidar do outro é ajudá-lo a crescer numa relação mútua, não importando se o outro é uma pessoa, uma idéia, um ideal, uma obra de arte ou uma comunidade. Cuidar é basicamente um processo e não uma série de serviços orientados à consecução de determinados objetivos. O cuidado favorece a devoção, a confiança, a paciência, a humildade, a honestidade, o conhecimento do outro, a esperança e a coragem.

Terceira categoria: significado de cuidado

Na terceira categoria, ao serem questionados sobre o significado de cuidado, os pesquisados relataram suas concepções acerca do tema. Para eles, o significado de cuidado é algo amplo e o mesmo tempo subjetivo. Ele pode ser expresso de várias maneiras e isto está relacionado diretamente à pessoa que o pratica. Realizar um bom trabalho, fazer o melhor pelo paciente, dispensar atenção especial, assumir responsabilidades, respeitar a vida e o ambiente familiar do paciente e ter conhecimento, bom senso e coerência são considerados fatores que compõem a definição de cuidado. Isto fica claro nas transcrições a seguir:

Eu acho que é um pouquinho de cada coisa, um pouquinho de preocupação, um pouquinho de afeto com o paciente e, principalmente, responsabilidade. MR4

Fazemos o máximo possível para trazer uma situação de bem estar e conforto para o paciente, o mais duradouro possível. MR1

É o auxílio ao paciente nas necessidades que ele precisa, ali naquela hora [...] mesmo que você não vá curar a doença. MR 6

Em todos os discursos, o significado se apresentou no campo dos sentimentos. O cuidado foi definido como sendo: amor, carinho, desvelo, dedicação, atenção especial, algo que vem do coração, responsabilidade e o que se pode fazer de melhor para o paciente.

Nesse contexto, alguns autores (BRETAS, 2001; BECHARA et al., 2005; SOUZA; GOMES; BARROS, 2009) percebem o cuidado independente do ponto de vista cultural, ou seja, com a conotação de atenção, de preocupação para, de responsabilidade por, além de observar com atenção, com afeto, amor e simpatia. Em geral, o termo cuidado implica a ideia de ação, de agir com sentimentos.

Quarta categoria: estratégias de autocuidado

A quarta categoria diz respeito ao autocuidado, ou seja, à maneira como os médicos cuidam de si mesmos. Neste contexto, emergiram dois temas: como praticam o autocuidado e fatores que o afetam.

Como praticam o autocuidado: Neste quesito, foram citados cuidados com alimentação, atividade física, atividade intelectual, lazer, prudência no trânsito, boa higiene e boa aparência. Pode-se observar que o autocuidado está, intimamente, ligado à individualidade de cada um, conforme demonstrado nas seguintes transcrições:

Procuo fazer esporte o máximo que eu consigo [...] eu tento cuidar da alimentação, não fico comendo besteira, não fumo... MR7

Não dirijo muito rápido [...] Tomo banho e lavo meu cabelo todo dia... MR9

Gostar do que você faz [...] raramente, tenho discussões... MR8

Ainda mais mulher, fazer a mão, fazer o pé, cortar o cabelo. MR6

Todos os médicos mencionaram a boa alimentação como principal forma de autocuidado; a

atividade física para a promoção da própria saúde e para a manutenção da forma, ou seja, ter um corpo saudável; a boa aparência, para estar bem consigo mesmo; leituras; e prudência ao dirigir.

Além desses fatores, foi citado o amor pelo que faz como forma de autocuidado. A partir do momento em que se trabalha com prazer, cuida-se do psicológico, mantendo, assim, um autocuidado integral.

O autocuidado, conforme Silva et al. (2009), é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, assim, são atividades em benefício da vida, da saúde e do bem estar. O autocuidado tem como propósito o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são requisitos universais de desenvolvimento e de alteração da saúde.

Fatores que prejudicam o autocuidado: Em quase todos os discursos, os médicos residentes relataram que quase não se cuidam. Neste sentido, ressaltaram o fato de que quem pratica o cuidado com o outro, muitas vezes, esquece de si mesmo, o que pode ser observado nas transcrições a seguir:

Eu, dentro do que eu acho que é cuidado, talvez, eu não me cuide tanto como eu cuido dos meus pacientes [...] eu acho que a gente não se cuida. MR2

Porque comemos mal, dormimos mal, dormimos pouco. MR3

Falta tempo para tudo. MR10

Nos discursos, emerge a falta de cuidado dos médicos para com eles mesmos. Foram dadas algumas explicações para este fato, tais como a falta de tempo e a falta de atenção para consigo mesmo. Por terem rotinas de trabalho extensas, preocupações com outras pessoas, como familiares, acabam sendo omissos com o próprio cuidado.

Alguns estudos (SANTOS; SARAT, 2008; SILVA et al., 2009) referem que o cuidado de si só é questionado, valorizado ou percebido como essencial para o ser humano a partir do momento em que as pessoas tomam consciência de seu direito de viver e do estilo de vida que levam. Neste sentido, no dia-a-dia, quando se encontra, aparentemente, bem e saudável, o indivíduo não se dá a devida importância, assim, não desenvolve o exercício de cuidar de si.

Quinta categoria: aprendizado do cuidado

A quinta categoria foi composta pelas estratégias utilizadas pelos médicos residentes para aprender a cuidar. A aprendizagem é um processo de mudança de comportamento obtido por meio da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais resultantes da interação entre estruturas mentais e o meio ambiente em que se vive, levando em consideração os conceitos culturais que o grupo social conhece e considera correto, proporcionando ao aprendente novo olhar sobre a realidade empírica (ANDRADE, 2015).

Embora os diálogos apresentem estratégias parecidas, cada um evidencia particularidades no momento da apreensão do conhecimento. As transcrições a seguir ilustram estas percepções:

Nós temos muita sorte aqui no hospital, porque tem chefes muito bons, então, observando o cuidado deles com o paciente, aprendemos muito. MR 1

Com a equipe toda, que é mais antiga no hospital [...] com os residentes mais velhos [...] grande parte é no dia a dia, principalmente, aprendemos na prática. MR 3

Eu acho que tem primeiramente uma parte educacional mesmo que já vem dos meus pais, minha formação, como eu aprendi a respeitar as pessoas, a ter responsabilidade... MR4

E estudando também. MR2

Em todos os discursos, a forma de aprendizagem mais citada pelos médicos residentes foi a baseada na troca de conhecimento e na interação entre educador e educando. Neste contexto, entendiam

como educador não somente o docente, mas também todas as pessoas envolvidas em processos de troca de experiências (SILVA et al., 2009).

Desse modo, a comunicação é uma ferramenta imprescindível para a atualização. Ao agregar valor ao homem, torna o viver mais criador, assim, quanto mais este se comunica, melhor interage com os outros indivíduos e melhor compartilha com os demais.

Considerações Finais

O presente estudo permitiu analisar os significados do cuidado perioperatório para a equipe de médicos residentes de cirurgia geral do hospital em estudo. Para eles, o cuidado envolve sentimentos e é dependente tanto de uma boa interação entre os membros da equipe multiprofissional, quanto de ações realizadas em prol do paciente. Para eles o significado de cuidado envolve: aspectos técnico-científicos, respeito ao outro, respeito à individualidade e o estabelecimento de relações que propiciem o crescimento do outro.

Foi possível observar também que os médicos pesquisados compreendem que quem cuida também necessita ser cuidado. Desse modo, outros profissionais e também pessoas, como amigos e familiares, foram considerados importantes, visto que oferecem apoio, compreensão e incentivo.

É importante salientar as percepções dos médicos residentes sobre o autocuidado. Embora saibam o que deve ser feito para preservar a própria integridade e se cuidarem, eles acabam deixando estas ações em um segundo plano. Muitas vezes, despercebidamente, são influenciados por demandas e necessidades individuais do serviço e da própria formação. Somadas a estas demandas, encontram-se outras, relacionadas ao contexto do cuidado executado em hospitais públicos de grande porte e de ensino, que também se defrontam com elevada exigência por atendimentos.

Por fim, ressalta-se que o cuidado é inerente à natureza humana e está presente na identidade do ser humano. Deste modo, se aproximar da compreensão

de como cuidadores-médicos, residentes da cirurgia geral, concebem o cuidado, traz luz para questões complexas que podem ainda ser exploradas.

Referências

- ANDRADE, J. R. A escrita no processo de ensino-aprendizagem. REBES - *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, Pombal, v. 5, n. 1, p. 13-19, 2015.
- BECHARA, R. N.; BECHARA, M. S.; BECHARA, C. S.; QUEIROZ, H. C.; OLIVEIRA, R. B.; MOTA, R. S.; SECCHIN, L. S. B.; OLIVEIRA JÚNIOR, A. G. Abordagem multidisciplinar do ostomizado. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 146-149, 2005
- BRETAS, J. R. S. Uma abordagem arquetípica do cuidar em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 3, p.18-27, 2001
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- CHRISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-21, 2009.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 31. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2001.
- LINS, G. A. I.; ARMENDARIS, M. K.; PINHO, D. L. M.; KAMADA, I.; JESUS, C. A. C.; REIS, P. E. D. Teoria de tornar-se humano na enfermagem ecológica: aplicando o método de avaliação de Meleis. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2014.
- MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. A modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa em psicologia. In: _____. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 2. ed. São Paulo: Moraes; 2006.
- MIRANDA, L. F. J. R. Relação médico-paciente idoso. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 74-80, 2010.
- PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência Cuidado & Saúde*, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun., 2013.
- ROCHA, B. V.; GAZIM, C. C.; PASETTO, C. V.; SIMÕES, J. C. Relação médico-paciente. *Revista do Médico Residente*, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011.
- SANTOS, J.; HENCKMEIER, L.; BEDEDET, S. A. O impacto da orientação pré-operatória na recuperação do paciente cirúrgico. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v. 2, n. 3, p. 184-187, 2011.
- SANTOS, I.; SARAT, C. N. F. Modalidades de aplicação da teoria do Autocuidado de ordem em comunicações científicas de Enfermagem Brasileira. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, jul./set. 2008.
- SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; POLARO, SILVA, S. É. D.; S. H. I; RADÜNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO – SOBECC. *Práticas recomendadas SOBECC*. 6. ed. São Paulo, 2013.
- SOUZA, J. L.; GOMES, G. C.; BARROS, E. J. L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 550-555, out./dez. 2009.
- SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.
- ZOBOLI, E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 21-27, 2004.

Recebido em: 13 fev. 2015

Aceito em: 18 mai. 2015