

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM AO PORTADOR
DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA**

CURITIBA
2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO

**O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM AO PORTADOR
DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria de Fátima Mantovani

Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA
2007

Balduino, Anice de Fátima Ahmad

O processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca / Anice de Fátima Ahmad Balduino. - Curitiba, 2007. 111 f.:il.

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Co-orientadora: Maria Ribeiro Lacerda

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

1. Processo de cuidar. 2. Enfermagem. 3. Promoção à saúde. 4. Doença crônica cardíaca. I.Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

ANICE DE FÁTIMA AHMAD BALDUINO

**O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM AO PORTADOR
DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima Mantovani
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda
Co-orientadora: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof^a. Dr^a. Elaine Rossi Ribeiro
Membro Titular: Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos - Curitiba - PR

Prof^a. Dr^a. Marineli Joaquim Meier
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 06 de Dezembro de 2007.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Profª Drª Maria de Fátima Mantovani e Profª Drª Maria Ribeiro Lacerda, ilustres orientadora e co-orientadora, professoras amigas e profissionais competentes, muito obrigada por estarem presentes, por vocês existirem e me orientarem através dos seus conhecimentos, sensibilidade, sabedoria, paciência e confiança. Toda a dedicação dispensada foi o que contribuiu para que este estudo pudesse se concretizar, possibilitando-me um caminhar pró-ativo, criativo e reflexivo, incentivando-me a buscar e a desenvolver uma consciência mais crítica na área da Enfermagem.

Aos Enfermeiros, sujeitos desta pesquisa, que na condição de profissionais, também cuidadores dos pacientes crônicos cardíacos, tema central desse estudo, o meu muito obrigada pelas suas contribuições e disponibilidades, sem os quais não teria sido possível o desenvolvimento dessa dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ficam aqui os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu Deus onipotente universal, eu agradeço todas as horas por ser Sua filha sempre abençoada e por guiar-me em toda trajetória deste estudo. Muito obrigada, Senhor, que está presente em minha vida, por ser a luz da minha mente, do meu espírito e do meu corpo.

À minha mãe Diva e ao meu pai Mahmoud (*in memoriam*), os quais me ensinaram várias lições de vida, transmitindo-me o amor ao próximo e o processo *de ser* e o de *se tornar a ser*.

Ao meu amado esposo João, que soube entender a minha ausência no cotidiano da vida, sempre compartilhando as inquietações e as conquistas durante esse período.

À minha querida filha Layla, por muitas vezes não poder participar ativamente em seu viver, muito obrigada pela sua compreensão.

À minha irmã Faride e ao meu irmão Naser, que mesmo estando distantes, sempre torceram pela conquista desta vitória.

Às professoras Dr^a Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Dr^a Marineli Joaquim Meier, Dr^a Liliana Maria Labronici, Dr^a Mariluci Alves Maftun e Dr^a Lilia Bueno, os meus sinceros agradecimentos por se disporem a participar da banca examinadora.

A todas as professoras do Curso de Mestrado - UFPR que estiveram presentes nessa minha trajetória, obrigada pelas valiosas contribuições a esta pesquisa.

À Ms Leomar Albini e Dr^a Raymunda Aguiar pela delicadeza e disponibilidade no decorrer dessa pesquisa.

Ao Grupo de Estudo Multiprofissional da Saúde do Adulto (GEMSA), pelo aprendizado e experiência apreendida.

À Dr^a Elisabeth Bernardino, que autorizou a minha inserção no cenário da pesquisa.

Às colegas do Curso de Mestrado, Maria Eduarda, Maria Emília, Sandra, Ana Carla, Joana, Dayane, Angelita e Luciana pelo apoio e companheirismo nos momentos de amizade e de reflexão.

A todas as colegas do Curso de Mestrado, pela convivência, momentos de descontração e aprendizados.

À querida amiga Albani Alves pelo carinho e estímulo fornecidos.

À Alcioni Freitas, secretária do Curso do Programa Mestrado da UFPR, pelo profissionalismo e dedicação.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste estudo.

A VIDA

(HENFIL)

*Por muito eu pensei que minha vida fosse se tornar uma vida de verdade;
Mas, sempre havia um obstáculo no caminho, algo a ser ultrapassado antes de começar a viver, um trabalho
não terminado, uma conta a ser paga;
Aí sim, a vida de verdade começaria;
Por fim, cheguei à conclusão de que esses obstáculos eram a minha vida de verdade;
Essa perspectiva tem me ajudado a ver que não existe um caminho para a felicidade.*

*A felicidade é o caminho;
Assim, aproveite todos os momentos que você tem. E aproveite-os mais se você tem alguém especial para
compartilhar, especial o suficiente para passar seu tempo; e lembre-se que o tempo não espera ninguém;*

Portanto, pare de esperar até que você termine de pagar a faculdade;

Até que você volte para a faculdade;

Até que você perca 5 quilos;

Até que você ganhe 5 quilos;

Até que você tenha tido filhos;

Até que seus filhos tenham saído de casa;

Até que você se case;

Até que você se divorcie;

Até sexta à noite;

Até segunda de manhã;

Até que tenha comprado um carro ou uma casa nova;

Até que seu carro ou sua casa tenham sido pagos;

Até o próximo verão, outono, inverno;

Até que você se aposente

Até que sua música toque;

Até que você morra;

E decida que não há hora melhor para ser feliz do que...

Agora mesmo...!

Lembre-se:

"Felicidade é uma viagem, não um destino".

RESUMO

BALDUINO, A. F. A. MANTOVANI, M. F. LACERDA, M. R. **O processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca.** Curitiba, 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

O processo de cuidar é um conjunto de ações, atitudes e relações do enfermeiro na execução de sua prática profissional e que para sua efetivação utiliza meios, recursos, componentes e princípios. Assim sendo, os objetivos deste estudo foram identificar os elementos do processo de cuidar do enfermeiro e descrever o processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. A abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa na modalidade exploratória e o cenário um Serviço de Cardiologia e de Internação Clínica Médica em um Hospital de Ensino de Curitiba. Os sujeitos se constituíram de oito enfermeiros, sendo sete assistenciais e um gerente de unidade funcional. A coleta de dados realizou-se por meio de entrevista semi-estruturada e gravada. A análise dos dados foi efetuada após a transcrição das entrevistas e mediante Análise de Conteúdo. Emergiram das informações analisadas três categorias: o cuidar, a prática do cuidar/cuidado e promoção à saúde. Na categoria cuidar destacam-se duas dimensões: a técnica e expressiva, oferecidas mediante as ações cuidado o paciente no processo de adoecimento. Na segunda, a prática do cuidar/cuidado caracteriza-se por duas subcategorias como concepções de ser humano e de Enfermagem, sendo o paciente um ser complexo, pensante, com vida própria, hábitos, estilo de vida e tomada de decisão e no momento estando fragilizado, que necessita de uma Enfermagem como ciência, arte e profissão e de profissionais que atuam com conhecimentos específicos, oferece cuidados tanto no aspecto biológico como na capacidade de discernir as necessidades mais importantes do cuidar, na vertente técnica e expressiva. Na terceira categoria, emergiu a promoção à saúde em que o enfermeiro ocupa-se com o preparo do paciente para a qualidade de vida, que se expressa em cinco subcategorias: a educação à saúde, orientação, concepções de saúde, doença crônica cardíaca e ambiente. Desse modo, a promoção à saúde, de acordo com os enfermeiros, como processo de cuidar, têm como objetivo as orientações para o autocuidado e para a melhora do quadro clínico do paciente em seu processo de adoecimento, ancoradas em um ambiente interligado e em construção com a sociedade na qual o portador de doença crônica cardíaca convive com seus familiares, profissionais de saúde e comunidade, relacionam-se em condições de bem-estar. Os enfermeiros sugeriram a revisão de conceitos e pressupostos de enfermagem ao paciente crônico cardíaco e a elaboração de diretrizes para o atendimento e o cuidar/cuidados específicos para esses tipos de pacientes. Também manifestou-se o desejo de que os gestores dos Serviços de Enfermagem e os dirigentes de Instituições de Saúde possam proporcionar condições para um ambiente de cuidar/cuidado saudável e de interação/vínculo com os pacientes, a família e a equipe de saúde, pois como seres humanos precisam ser olhados com dignidade, compressão e solidariedade.

Palavras-chave: Processo de cuidar. Enfermagem. Promoção à saúde. Doença Crônica Cardíaca.

ABSTRACT

BALDUINO, A. F. A. MANTOVANI, M. F. LACERDA, M. R. **Process in nursing care for bearer of chronic cardiac disease.** Curitiba, 2007. 111pg. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing, Universidade Federal do Paraná.

Care process is a combination of actions, attitudes and relations of the nurse performing his/her professional practice and to be executed uses means, resources, components and principles. Thus, the objectives of this study were to identify the elements of the nurse's care process and to describe the process in nursing care for bearer of chronic cardiac disease. It was used the qualitative methodological approach in exploratory modality and the scenery was a Service of Cardiology and Medical Clinic Admission in a School Hospital in Curitiba. The prospect persons were eight nurses and one functional unit manager. The data gathering was made through interview semistructured and recorded. The data analysis was made after interviews transcription and by Content Analysis. From the information analyzed three categories have arisen: care, care practice/care and health promotion. In the care category two dimensions stand out: technical and expressive, offered by care actions to the patient in the sicken process. In the second, the care/nursing practice is characterized by two subcategories as human being and Nursing conception, being the patient a complex, thinking being, having own life, habits, lifestyle and decision making, and being weakened at the moment, needing a Nursing as science, art and profession, and professionals acting with specific knowledge, and giving to him/her care, both in the biological aspect and in the capacity of discerning the most important needs in care, in technical and expressive aspects. In the third category, the health promotion has risen, where the nurse deals with the preparation of the patient for the quality of life, which is expressed in five subcategories: health education, orientation, conceptions on health, chronic cardiac disease and environment. Thus, according to the nurses, promotion to health, as care process, has as objective orientations for self care and to improve the patient's clinical Picture in his/her sicken process, being founded on an interconnected environment and in construction with the society where the bearer of chronic cardiac disease coexists with his/her relatives, professionals of health and community, in a relationship of well being conditions. The nurses have suggested the revision of nursing concepts and presuppositions to a chronic cardiac patient and the preparation of directives for service and care/specific caring for that kind of patients. It was also manifested the wish that the managers of Nursing Services and directors of Health Institutions could provide conditions for a healthy care/caring environment and having interaction/link with the patients, the family and the health team, because as human beings they need to be visualized with dignity, understanding and solidarity.

Key words: Care process. Nursing. Promotion to health. Chronic Cardiac Disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	- EXEMPLO DO CAMINHO PARA ANÁLISE.....	44
QUADRO 2	- CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS.....	46
QUADRO 3	-TEMA, CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS ENCONTRADAS NAS ANÁLISES DOS RELATOS.....	47
FIGURA 1	- REPRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS DO PROCESSO DE CUIDAR AO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA.....	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	19
1.2 OBJETIVO.....	19
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	21
2.1 O PROCESSO DE CUIDAR DO ENFERMEIRO.....	21
2.2 OS INSTRUMENTOS.....	29
2.3 A DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA	33
2.4 O ADULTO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA	35
3 METODOLOGIA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO	38
3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO	39
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	40
3.4 COLETA DE DADOS	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	42
3.6 CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO E CONFIABILIDADE	45
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	45
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	46
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS.....	46
4.2 O CUIDAR	48
4.2.1 Dimensão Técnica	48
4.2.2 Dimensão expressiva.....	51
4.3 PRÁTICA DO CUIDAR/CUIDADO	61
4.3.1 Concepções de ser humano	62
4.3.2 Concepções de enfermagem	66
4.4 PROMOÇÃO À SAÚDE	75
4.4.1 Educação à saúde	75
4.4.2 Orientação	80
4.4.3 Concepções de saúde	83
4.4.4 Concepções de doença crônica cardíaca	86
4.4.5 Ambiente	88

5 DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS EVIDENCIADOS NO PROCESSO DE CUIDAR	90
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	106
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	107
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ..	108
ANEXOS.....	109
ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO PARA CONSTAR O NOME DA INSTITUIÇÃO NO RELATÓRIO.....	110
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	111

1 INTRODUÇÃO

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às necessidades na dimensão ontológica ou espiritual, visto que a vida do ser humano é singular e deve ser vivida intensamente. Para Costenaro e Lacerda (2002, p. 29) “ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade”.

Com o desenvolvimento do conhecimento científico passado de geração em geração, surgiram novas disciplinas das mais variadas áreas do saber, como: ciências humanas, antropológicas, sociais, tecnológicas, dentre outras. Conseqüentemente, o homem evoluiu e o cuidado o acompanhou. Assim, incorporou e continuamente absorveu esses novos saberes em prol da vida humana.

Na Enfermagem ocorrem duas eras relacionadas ao cuidar. A primeira, denominada pré-história, considera a Enfermagem propriamente dita, em que o cuidar era prestado às pessoas doentes no ambiente familiar e no meio de amigos. A segunda é a Enfermagem Profissional, que apareceu por meio da evolução de um grupo de pessoas organizadas e politizadas dentro de uma sociedade. As pessoas dessa era recebem capacitação e qualificação adequada para o exercício e oferecem cuidados profissionais remunerados ao paciente, à família e à comunidade (WALDOW, 2001a; OGUISSO, 2005).

No que diz respeito à Enfermagem Profissional, além do cuidado a ser realizado por enfermeiros, também existem outros membros na equipe como os técnicos e os auxiliares de enfermagem. Cada profissional tem suas competências normativas conduzidas pela Lei do Exercício Profissional nº 7948, de 25 de junho de 1986, e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução nº 311, de 18 de maio de 2007, que estabelecem o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos em todas as suas dimensões, regulamentam as atividades a esses profissionais para que exerçam ações com competências na promoção do ser humano em sua integridade, de acordo os princípios da ética e da bioética (COREN-PR, 2007).

O cuidar dos profissionais de enfermagem é, para Costenaro e Lacerda (2002, p. 10), algo além da execução dos procedimentos técnicos, “é a relação,

expressão, envolve empatia, autenticidade, aceitação, um dispor-se, um estar sempre junto com o ser cuidado”.

Destarte, o enfermeiro ao desenvolver o cuidado, precisa estabelecer uma troca e interação com o paciente, ou seja, um cuidar compreendido como autêntico que oportuniza o encontro entre o ser cuidado e o ser cuidador, que deve acontecer alicerçado no respeito, na confiança, na ética e na experiência compartilhada de vida, por meio de formas criativas e efetivas, em uma percepção de cuidar que alie a ciência e a arte na Enfermagem (CELICH, 2004).

O processo de cuidar para Waldow (2006) é a forma como se realiza o cuidado, em uma ação interativa entre o enfermeiro e o paciente. Nele, as atividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o paciente, ancorados no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, sendo acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana.

Para realizar o cuidar/cuidado, o enfermeiro, além de estabelecer uma parceria, uma relação de confiança com o ser cuidado, faz uso de um instrumento básico de enfermagem, embasado em conhecimento científico, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem¹ (SAE). Considero a SAE uma estratégia tecnológica, ancorada em um método científico dinâmico que busca identificar os fenômenos de saúde relevantes ao cuidar aos pacientes, família e comunidade.

Utilizada pelo enfermeiro desde os anos 70, a SAE é uma tecnologia² que propicia uma melhoria/agilização e/ou modificação do cuidar/cuidado na sua prática. Diante dessa ferramenta, o profissional está voltado para o pensamento clínico mais do que para a tarefa; portanto, é capaz de pensar criticamente, de aprimorar habilidades técnicas e interpessoais, além de desenvolver a capacidade e a vontade de cuidar.

A SAE é caracterizada pelo cuidado terapêutico, pela especialização do profissional, capacidade de formulação de problemas e pela comunicabilidade por meio das técnicas e arte na sua realização, enfim, pelo comprometer-se

¹ Forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados humanizados, dirigida a resultados, de baixo custo, que impulsiona o enfermeiro a buscar avaliação e conhecimento para melhor cuidar do paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Leia-se, daqui em diante, *processo de enfermagem* ferramenta tecnológica.

² “Não é representada na maioria das vezes por equipamentos, mas sim por processos, métodos que subsidiam o alcance de determinados objetivos de cuidado mais subjetivos” (MEIER, 2004, p. 30).

legitimamente (LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001). Para Waldow (2004), essa sistematização é considerada um método de trabalho científico, com ações e metas a serem seguidas passo a passo, prevendo um determinado resultado. Assim, ao utilizar a SAE o enfermeiro, além de buscar evidências científicas e socioculturais que sustentem a sua prática no cotidiano, também deve atender às necessidades do paciente crônico cardíaco na sua história natural de doença desde a prevenção, manutenção e recuperação da saúde, maximizando suas sensações de bem-estar, oferecendo um cuidar com efetividade, eficiência em seu saber fazer.

Com o desenvolvimento tecnológico dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos da atualidade, o enfermeiro procura incrementar o seu processo de cuidar de forma integral e evolutiva. Dessa forma, passa a entender a si mesmo e o paciente em seus fenômenos, sentimentos e atitudes, projetando o olhar no reconhecimento do significado situacional vivido. Além disso, procura entender as similaridades e diferenças, por meio das relações interpessoais efetivas desenvolvidas durante o processo de cuidar.

Para realizar o cuidado o enfermeiro como membro integrante da equipe multidisciplinar, precisa de um corpo de conhecimentos que possibilite a busca de resolutividade às respostas dos fenômenos de saúde, definidos pelo Internacional Council of Nurses (2003), como aspectos de saúde relevantes à prática de Enfermagem. Para que o enfermeiro alcance respostas a esses fenômenos vividos pelo paciente e família, ao realizar o cuidado de enfermagem, deve utilizar conhecimentos desenvolvidos pelos estudiosos da profissão ao longo dos últimos séculos.

No século XX, o enfermeiro apropriou-se de conhecimentos com a elaboração de teorias de enfermagem³ que contribuíram para as pesquisas aplicadas em várias áreas de atuação. As teóricas responsáveis por essa construção defendiam uma estrutura ou modelo para orientar a prática e propunham a utilização da SAE, método científico que propicia uma maneira de testar e validar essas teorias ou modelos no cotidiano do trabalho do enfermeiro.

³ Guias de ação que se prestam à coleta de dados, à busca a novos conhecimentos e que explicam a natureza da ciência (HORTA, 2005). Instrumentos de trabalhos que ressalvam o conhecimento científico, expondo as tendências das visões a cerca do processo saúde - doença e a experiência do cuidado terapêutico, favorecendo outras atitudes coerentes do cuidar e a promoção de qualidade humana, que, muitas vezes, contrariam o ambiente onde se realizam (ROLIM, PAGLIUCA e CARDOSO, 2005).

Antes mesmo da apropriação desses conhecimentos citados à *priori*, adquiridos por meio de pesquisas, durante a minha trajetória profissional e em trabalhos realizados anteriormente, sempre procurei cuidar dos pacientes com atenção, respeito, solidariedade, fraternidade e dignidade, apesar de, na época, a execução das ações caracterizar-se pela prática do “saber fazer”. Reconheço que a minha experiência profissional do cuidar/cuidado se iniciou no penúltimo ano da graduação de enfermagem, em 1977, quando prestava cuidados às mães e oferecia os primeiros atendimentos aos recém-nascidos.

Após concluído o curso de graduação, desempenhei a prática profissional no Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Geral de grande porte em Curitiba, com pacientes adultos e pediátricos. Essa fase proporcionou-me outra experiência no cuidar, ou seja, o desenvolvimento do processo de trabalho intelectual, que era efetuado pelos enfermeiros, enquanto o trabalho manual cabia aos auxiliares e atendentes de enfermagem.

Nesse período, procurei-os, como forma de interagir no ambiente de trabalho, em que era da minha responsabilidade delegar as ações do cuidar em enfermagem. Essa função me causava angústia e inquietação, pois não havia uma abertura para troca entre os enfermeiros e colaboradores, o que corroborava o saber fazer, sem que se efetivasse o julgamento clínico com planejamento. Portanto, não existia o cuidar profissional como defendido por Lacerda (1999, p. 44-45) que:

se faz de uma forma autônoma, recorrendo aos meios próprios de ação individual, profissional-cliente em uma correlação, em um espaço de liberdade, de criatividade, de complementariedade e de poder, pois existe a independência intelectual baseada no conhecimento pessoal e no conhecimento empírico, e ainda na responsabilidade legal e moral, na competência e na expertise adquirida ao longo dos anos.

Posteriormente, no mesmo hospital, atuei no Serviço de Emergência de Adulto e continuei a realizar o cuidar/cuidado. Nesse serviço, desenvolvia o trabalho intelectual e manual, em meio a um sincronismo entre as equipes de enfermagem, médicas e outras. Oferecia os cuidados de enfermagem aos pacientes clínicos e pré-cirúrgicos.

Entre os pacientes clínicos, havia dois grupos que me chamavam a atenção – os com problemas asmáticos e os com problemas cardíacos – que

quinzenal ou semanalmente retornavam para serem atendidos. Questionava-me sobre o que a Enfermagem poderia oferecer para ajudar esses pacientes. A partir de reflexões, comecei a desenvolver o cuidar além dos procedimentos técnicos. Recorri à interação, ao ajudar, ao compartilhar, ao respeito, à dignidade, ao envolvimento, à empatia, o que hoje é entendido como processo de cuidar. Aliado a isso, a Direção de Enfermagem solicitou-me que testasse um modelo de SAE. O objetivo era que a unidade servisse de piloto para a implantação dessa sistematização em que os pacientes recebessem um cuidar planejado, sistematizado, dinâmico e individualizado, tendo como resultado um cuidado eficiente e eficaz.

Destarte, minha prática profissional quanto à utilização da SAE, na época chamada de Processo de Enfermagem, começou em 1980, quando do meu trabalho no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR). A SAE era por mim utilizada na forma de teste para adequação dos impressos utilizados durante o desenvolvimento da sistematização. Entretanto, em 1984, essa ferramenta tecnológica já havia sido implantada, quando atuava como chefe de seção de Enfermagem Clínica do mesmo hospital, nas unidades de Terapia Intensiva Adulto e Transplante de Medula Óssea.

Como não havia no momento uma política organizacional de planejamento e de implantação da SAE em toda a instituição, ficava a critério do enfermeiro fazê-lo ou não. Em 1988, passei a ocupar o cargo de Direção de Enfermagem, e uma das minhas ações foi a elaboração de um documento que propunha a criação de um Programa de Implantação de Metodologia da Assistência (PRIMA). A proposta despertou o interesse dos enfermeiros em pesquisar sobre os cuidados de enfermagem individualizados e sobre a integralidade das ações. Assim eles passaram a registrar os problemas do paciente no prontuário único e a equipe de enfermagem implementava as Anotações de Enfermagem em impresso próprio (BALDUINO, 1993).

Durante o desenvolvimento desse programa, foram realizados vários cursos sobre a SAE para capacitação dos enfermeiros, a fim de que cuidassem dos pacientes internados e também dos pacientes ambulatoriais. Como resultado desse planejamento organizacional, ocorreu a continuidade da execução da SAE até hoje.

Sempre acreditei na SAE como uma ferramenta tecnológica que o enfermeiro possui para realizar o cuidado ao paciente com competência, visibilidade, autonomia, intuição, sensibilidade, raciocínio, julgamento clínico e capacidade de

tomada de decisão. Continuei a buscar novos conhecimentos, mediante a minha participação na equipe de Assessoria de Informática (ASSINF), no desenvolvimento, manutenção, implantação, implementação e no treinamento aos usuários (enfermeiros, demais membros da equipe de enfermagem, membros do apoio técnico, médicos e residentes) do módulo de internação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), além de contribuir também para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada (SAEI).

Visto que a tecnologia da informação tem a finalidade de armazenar, tratar e recuperar os dados durante o seu processo de transformação em informações, permitiu aos profissionais usuários recebê-las em tempo real, independente do lugar em que os enfermeiros estivessem. Nessa fase, novamente tive contato com a SAEI, em que foi desenvolvida a prescrição de enfermagem informatizada, sendo implementada como recurso tecnológico, para que o enfermeiro prescrevesse os cuidados de enfermagem a todos os pacientes de sua unidade. Essa ação propiciou uma melhora do cuidado individualizado e facilitou quanto às orientações aos colaboradores de enfermagem com maior segurança e rapidez (BALDUINO, 1993).

O enfermeiro, por meio da aplicação dos seus conhecimentos, das suas habilidades interpessoais, tecnológicas, dos instrumentos e da sensibilidade, pode realizar um cuidado, sendo esse compreendido como uma forma de envolvimento profissional entre o ser cuidado e o ser cuidador. Com o trabalho de conclusão da disciplina Vivência da Prática Assistencial no Curso de Mestrado em Enfermagem, no ano de 2006, na qual realizei encontros com os enfermeiros, busquei construir um marco de referência para a prática do enfermeiro a portadores de doença crônica em sua experiência de adoecimento. Essa prática assistencial possibilitou-me conhecer, *in loco*, as ações de cuidado dos enfermeiros com os pacientes acometidos por doenças crônicas e também constatar que essas são permeadas pelo respeito às características de unicidade, autenticidade e individualidade — por meio de um olhar crítico, reflexivo e pró-ativo, ancorado em um referencial teórico (BALDUINO *et al.*, 2007).

Considero que a Vivência da Prática Assistencial abriu novas possibilidades de vislumbrar este estudo. Ao término das aproximações foi possível constatar que o enfermeiro é um ser humano com dimensões sociopolíticas, espirituais, possuidor de potencialidades, alegrias, frustrações, além de estar aberto

para o futuro. Ele também se coloca como parceiro do ser cuidado, visto que respeita as desigualdades, as diferenças sociais, as crenças, os valores, enfim, a cidadania (BALDUINO *et al.*, 2007).

Portanto, o ser cuidado é, neste estudo, a pessoa com doença cardiovascular a qual é responsável por mais de 16,6 milhões de óbitos anuais mundialmente. Desses, 3,0 milhões são de doenças hipertensivas ou outras cardiopatias da mortalidade mundial, conforme a Organização Pan-Americana (2003a). No Brasil, entre 1996 e 1999, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas, sendo considerada a 1ª causa de hospitalização no setor público de pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 anos ou mais (29%) (OPAS, 2003b).

Alguns pesquisadores mencionam que há um aumento de doenças cardiovasculares em países em desenvolvimento como o Brasil e que existe uma tendência de ocorrer em pessoas com idades mais precoces, o que é comumente observado em países desenvolvidos. As altas taxas de incidências observadas em nosso país associam-se à exposição a fatores de risco na atualidade, como tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo e estresse (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006a).

Ainda, para confirmar esse quadro preocupante, ocorreram 27,9% de óbitos de pacientes com doenças do aparelho circulatório em 2004, porcentagem esta que ocupou posição de destaque. Também, por meio da análise das causas específicas, excluindo-se as causas mal definidas, relataram-se algumas doenças do aparelho circulatório que ocuparam as três primeiras colocações, cuja soma resultou em 25% do total registrado, com 243.203 óbitos no Brasil (BRASIL, 2006b).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde, as doenças crônicas cardiovasculares não devem ser consideradas como um problema isolado ou deixadas nas tradicionais categorias de doenças não-transmissíveis pelo fato de as pessoas apresentarem mais de um fator de risco ou mais de uma doença crônica (OMS, 2003). Tendo em vista a experiência profissional, o entendimento de que as doenças crônicas cardíacas interferem na vida do ser humano nos seus limites e capacidades, e que ao serem internados em instituições de saúde, tais pacientes necessitam de um olhar mais atento, pela impossibilidade de cura e características peculiares de sua doença, exigem-se do enfermeiro meios, princípios e fundamentos para atendê-los. Sendo assim, ao partir do pressuposto de que a utilização da SAEI

— implantada em 1991 no hospital-foco deste estudo — propicia aos enfermeiros a utilização do processo de cuidar, evidenciei a necessidade de investigar como os enfermeiros conduzem a prática de cuidar/cuidado para esse paciente, a partir da composição de seu método de cuidar.

Diante dessa realidade, a **questão norteadora** desta pesquisa foi quais são os elementos⁴ utilizados pelos enfermeiros no processo de cuidar ao portador de doença crônica cardíaca? Além desse questionamento, este estudo tem como **objetivos** identificar os elementos do processo de cuidar realizado pelo enfermeiro ao portador de doença crônica cardíaca e descrever os elementos evidenciados no processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca.

⁴ Neste estudo, compreendem-se elementos como meios, princípios e fundamentos para realizar o processo de cuidar.

Competência por meio das habilidades dos saberes ser, estar e fazer;
União do conhecimento da enfermagem e de outras áreas, articulando a teoria e prática;
Interação dos sujeitos (enfermeiro, paciente, família e comunidade);
Doação do tempo que vivencia o presente ao encontro do outro;
Alívio do sofrimento com olhar nas multidimensões do ser humano;
Responsabilidade pelo bem-estar de si e do outro.

Anice de Fátima Ahmad Balduino, 2006.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Na exposição da temática deste estudo, serão dissertados sobre o processo de cuidar do enfermeiro, os instrumentos, a doença crônica cardíaca e o adulto portador de doença crônica cardíaca.

2.1 O PROCESSO DE CUIDAR DO ENFERMEIRO

Para discorrer sobre o processo de cuidar do enfermeiro oferecido ao paciente crônico cardíaco, serão apresentados o desenvolvimento histórico e conceitual do processo de cuidar/sistematização da assistência de enfermagem, que oportunizam ao profissional conhecer o paciente mediante sensibilidade e solidariedade, elaborar e executar os cuidados com organização e o planejamento, além de torná-lo pró-ativo.

Destarte, para melhor entendimento do processo de cuidar, foram pesquisados vários autores norte-americanos e brasileiros que conceituaram o cuidar/cuidado de enfermagem ao longo de algumas décadas, os quais apropriaram-se das mais diversas ciências como: humanas, sociais, antropológicas, sociopolíticas, tecnológicas, entre outras. Além da incorporação dessas ciências, foram realizadas reflexões a partir da prática do enfermeiro. Algumas autoras utilizam o verbo "cuidar" em vez do substantivo "cuidado", porém ambas as palavras possuem a mesma conotação no contexto analisado.

Os vocábulos (cuidar/cuidado; assistir/assistência), merecem uma explicação etimológica. O primeiro par se origina do latim *cogitare-cogitatus* que, em português, é entendido como cogitar, imaginar, pensar, tratar de, dar atenção, ter cuidado com a saúde e cura (FERREIRA, 1999). As palavras cuidar/cuidado também estão relacionadas ao termo "terapêutico", derivado do grego *therapéuo* que significa "eu cuido" (VOLICH, 2000). O segundo par da mesma forma origina-se do latim *ad-sistere* ou *assistere* que, em português, significa estar presente, assistir, ver, testemunhar, ajudar e socorrer, sendo uma reprodução de *stare* (FERREIRA, 1999). Neste estudo serão utilizadas as palavras "cuidar/cuidado", visto que significam

ação, envolvimento, prestar atenção e viver o momento presente, considerando o paciente em todas as suas dimensões, ou seja, na sua integralidade (FERREIRA, 1999).

Desse modo, conforme, o art. 11, inciso I, parágrafo i, j, l e m da Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional (COFEN, 2002), que compreende ações privativas do enfermeiro quanto ao cuidar/cuidado, o profissional procura uma articulação da teoria com a prática para contribuir com o corpo de conhecimento de enfermagem, mediante evidências científicas numa interação do enfermeiro com o paciente e a família. Conseqüentemente, o enfermeiro projeta um olhar nas dimensões biopsicossociais e espirituais do paciente, cabendo-lhe também a responsabilidade pelo seu próprio bem-estar e o ser cuidado.

A partir da metade do século XIX, na Enfermagem moderna, Florence Nightingale estabelece ser o cuidar/cuidado as medidas de higiene, ambiente, a privacidade e o lazer de quem cuidava dos pacientes (CARRARO, 1997; PADILHA, SOBRAL e SILVEIRA, 2002). Na década de 50, caracterizava-se pela obediência ao tratamento médico e pelos procedimentos de cura (KRON, 1978).

Na década de 60 do século XX, a teórica Lydia E. Hall, nos Estados Unidos, evidenciou o cuidar/cuidado físico e o auxílio à execução das funções biológicas diárias, centrando-se nas necessidades básicas e no conforto do paciente. Surgiu assim o cuidar/cuidado de forma mais abrangente, que compreendia os sentimentos extensivos à família e sociedade, a arte e a ciência, por meio de atitudes, competências intelectuais e habilidades técnicas, preconizada por Faye Glenn Abdellah (GEORGE, 1993). Nessa mesma década, surgiram as teorias de enfermagem, fundamentadas em princípios científicos como um sustentáculo da prática profissional, com o objetivo de explicar as concepções de cuidar/cuidado a SAE e com o intuito de favorecer a inter-relação entre enfermeiro-paciente (LEOPARDI, 1999; GEORGE, 1993; KRON, 1978).

Nos Estados Unidos, nos anos 70, persistiu a definição de assistência de enfermagem sob o olhar tecnicista, que “significa somente realização de procedimentos de acordo com etapas pré-determinadas ou condutas hospitalares estabelecidas” (KRON, 1978, p. 15). Iniciaram-se as discussões para se avançar no conhecimento de dimensões filosóficas, teóricas e epistemológicas na visão do cuidar/cuidado, liderados por Madeleine Leininger. Ainda, foram estimuladas investigações que envolveram modelos alternativos para a prática de cuidado

administrativo e de componentes, processos e padrões na perspectiva cultural (NEVES, 2002; GEORGE, 1993).

Os enfermeiros dos Estados Unidos, nos anos 80 do século XX estavam preocupados com a promoção da saúde, com os tratamentos das enfermidades. Começaram então a conceituar o cuidar/cuidado na visão holística de saúde, que contava com contribuições sociais, morais e científicas à humanidade, principalmente as estudiosas Jean Watson e Marilyn Ray, com uma abordagem qualitativa que articulava os conceitos de ser humano, saúde em sintonia com o ambiente e natureza para alcançar a harmonia do *self* e promoção do autoconhecimento (NEVES, 2002; GEORGE, 1993).

No Brasil, na época supracitada, o enfermeiro acompanhava o modelo *taylorista* para representar o que se tem como cuidar/cuidado. Esse modelo constava das técnicas de enfermagem com a atenção não-voltada ao paciente, mas sim aos procedimentos e tarefas. Tais tarefas eram desempenhadas pelos membros da equipe de enfermagem não-qualificada, que não precisaria saber o porquê de determinada ação e apenas executá-la com economia de movimento e tempo. O enfermeiro realizava o trabalho intelectual, uma vez que as ações eram delegadas pela equipe multiprofissional e também pela administração da instituição (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Na década de 90 do século XX, houve uma ampliação do conceito de cuidar/cuidado o qual se voltou para a ajuda ao próximo, para a sensibilidade profissional, relação interpessoal, interação, autonomia, responsabilidade legal e moral, competência para manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana (LACERDA, 1999; WALDOW, 2001).

No início do século XXI, o cuidar/cuidado é compreendido como um conjunto de vários conhecimentos e habilidades que se aperfeiçoam no exercício da profissão e permitem ao enfermeiro desempenhar o seu trabalho com qualidade (SANTOS *et al.*, 2004). Também é evidenciado como toque, sensibilidade, sensualidade, ações, procedimentos, propósitos e valores que transcendem o tempo da ação, visto que o cuidar/cuidado possui o componente humanístico de liberdade e de autonomia (SOUZA *et al.*, 2005; CARVALHO, 2004). Para Pires (2005, p. 733), o cuidar “é mais que um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido”. É um ato que faz parte da atividade criativa do ser humano, pois é uma das atitudes incluídas no campo vital, subjetiva e cultural das relações sociais. Destarte, considero o

cuidar/cuidado não é simplesmente como um ato isolado, mas requer do enfermeiro apreensão, incumbência, sabedoria, conhecimentos específicos e respeito aos pacientes e família.

A partir dessa análise histórica do cuidar desempenhado e desenvolvido pelos enfermeiros, enfatiza-se que houve a operacionalização na prática profissional das proposições, pressupostos e conceitos das teorias de enfermagem, os quais refletem novas relações e novas formas de cuidar/cuidado a serem testadas e validadas, possibilitando a aplicação e o aperfeiçoamento da SAE nas necessidades de saúde de paciente hospitalar e/ou ambulatorial.

Na busca das novas formas do cuidar/cuidado, desde a época de 70 do século XX até hoje, as pesquisadoras, mundialmente, fizeram uso do conhecimento científico para investigar os metaparadigmas⁵ ou conceitos centrais de enfermagem. Assim, emergiram conceitos, pressupostos, princípios e definições que subsidiam a criação de teorias em Enfermagem. Tais teorias descrevem, explicam, prevêm e controlam os fenômenos relevantes à saúde do paciente, da família e da comunidade, de forma sistemática, estruturada e direcionada ao cuidar de enfermagem, constituindo-se como base segura para a ação eficiente e eficaz. Isso permitiu ao enfermeiro apropriar-se de uma estrutura com vistas a orientar o processo de cuidar, mediante a utilização da SAE.

O enfermeiro, ao utilizar a SAE, estará aplicando o método científico como um instrumento racional para demonstrar seus conhecimentos, de modo que tenha atividade intelectual deliberada. Nesse caso, necessita de conhecimento das ciências sociais e humanas para a solução de problemas. Com isso ocorre um processo de reflexão contínuo em que o profissional busca compreender o significado do comportamento do paciente. Ao lançar mão da SAE, o enfermeiro propõe-se a alcançar objetivos de saúde e pode oferecer uma avaliação do cuidar prestado (GEORGE, 1993).

No Brasil, na década de 70 do século passado, a Associação Brasileira de Enfermagem divulgou um documento denominado “Problemas, Prescrições e Planos: um estilo de assistência de enfermagem”. Esse documento trata de um estudo sobre um método científico, aplicado a nível hospitalar, que pode levar o

⁵ Representa a visão de mundo de uma disciplina, a visão mais global, que comporta visões específicas e interpretações de um conceito central. Como metaparadigma da enfermagem consiste em: “pessoa, ambiente, saúde, enfermagem” (BORK, 2003, p. 8).

cuidar de enfermagem a se diferenciar, com a possibilidade de permitir aos enfermeiros um desempenho eficiente, porque é científico e humano (PAIM, 1978).

Naquela década, os enfermeiros brasileiros estavam mobilizados no sentido de revisar o cuidar de enfermagem com base no método científico. Comentava-se que o processo era científico e humano e a exeqüibilidade do método foi testada em vários hospitais. Os pesquisadores, em suas teses, defenderam esses novos modelos de cuidar/cuidado, pautados na cientificidade (PAIM, 1978; HORTA, 2005). A SAE, no Brasil era/é considerada como uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visava/visa a uma assistência ao ser humano. Baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas é composta das etapas: “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (prescrição de enfermagem), evolução e prognóstico de enfermagem” (HORTA, 2005, p. 35-36).

Campedelli *et al.* (1989) mencionam em seus estudos que existem alguns pesquisadores de Enfermagem que realizaram investigações relacionadas à SAE, na década de 70. Foi evidenciado que esse método científico é aplicado em várias áreas em que se cuida de pacientes com necessidades de saúde, como no Centro Cirúrgico. A sistematização assegurava um cuidar/cuidado de enfermagem personalizado, contínuo e integrado, também em grupos familiares, o que permitiu uma visão mais real dos problemas de saúde do paciente, pois era assistido dentro da problemática de sua família. Aplicou-se também a SAE em pacientes com doenças transmissíveis, focando-se nas necessidades de adaptações. Portanto, as informações contidas nos instrumentos que norteiam a SAE permitem dar continuidade ao cuidar de enfermagem, avaliar e fornecer subsídios para pesquisas na Enfermagem.

Na década de 80 do século XX, preocupados com suas competências privativas, regulamentadas pela Lei 7.498 de 25 de julho de 1986 e seu Decreto-Lei 94.406 de 08 de junho de 1987, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional e define o papel de cada membro da equipe de enfermagem, os enfermeiros iniciaram a aplicação da SAE em diversas instituições, principalmente na pública. No ensino também houve uma resposta a essa ação normativa, o que fez com que o discente a aplicasse em todos os estágios contribuindo com a nova era da enfermagem profissional.

A primeira experiência ocorreu com a implantação da SAE nessa mesma década, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Com a preocupação de definir um método de cuidar em enfermagem, optou-se por três fases, respectivamente: histórico, prescrição e evolução de enfermagem. Chamou-se de Sistemática de Assistência de Enfermagem e, mais tarde, de Sistema de Assistência de Enfermagem, definido como um conjunto de fases (citadas anteriormente) coordenadas entre si e que funcionam como uma estrutura organizada (CIANCIARULLO, 2001). Ainda, Domingues apud Campedelli *et al.* (1989) aplicaram a SAE no cuidar de gestantes. Esclareceram que este não pode ser considerado uma modificação apenas do estilo do cuidar, mas na forma de conhecimento ou de compreensão da enfermagem nos aspectos de ordem legal e técnico-administrativo.

A SAE, na década de 80, era considerada um instrumento de resolução de problemas, que subsidiava o enfermeiro e lhe permitia conhecer, identificar e determinar os problemas do paciente para melhor prestação do cuidar/cuidado de enfermagem em suas necessidades básicas (DANIEL, 1981). Afirmam Campedelli *et al.* (1989) que a SAE requer raciocínio e recuperação do conhecimento. Para isso, utiliza-se do saber, do fazer e dos dados do paciente, monitorizados e transformados em ações pelo enfermeiro.

Os estudos sobre a SAE começaram a surgir em meados de 90, mas sem focar o julgamento clínico. Também estava em tramitação na Organização Mundial de Saúde (OMS) uma proposta para inclusão da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) na revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) (DANIEL, 1981). Durante a implementação da SAE em diferentes cenários, conforme Doenges e Moorhouse (1999), os enfermeiros passaram a apropriar-se das fases do diagnóstico de enfermagem preconizadas pela NANDA, método eficiente na organização de pensamentos lógicos e racionais para a tomada de decisões clínicas e na solução de problemas, de modo fundamental, para as ações de enfermagem. A SAE, atividade intelectual deliberativa baseada no método científico e aplicada no cuidar/cuidado, fundamentada em modelos teóricos da enfermagem, é um processo que requer do enfermeiro habilidades cognitivas, técnicas e relacionamentos interpessoais (IYER, TAPTICH e BERNOCCHI-LOSEY, 1993; GEORGE, 1993).

Para Leopardi (1999, p. 36), a SAE é definida como “atividade unificadora da profissão, demonstrando a função da enfermagem por meio do uso da ciência e arte e pela constituição de uma unidade entre teoria (premissas e proposições), tecnologia (métodos e artefatos) e interação (relação intersubjetiva)”.

Como ação normativa, em 1993 foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 159, estabelece a Consulta de Enfermagem:

[...] se utiliza de componente do método científico definindo as seguintes fases: histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Essa resolução define o processo de enfermagem em todos os níveis de saúde, seja em instituições públicas ou privadas.

No final dos anos 90 do século XX, uma das fases da SAE que se destacou foi o diagnóstico de enfermagem, etapa importante para o enfermeiro nas ações independentes para com o paciente, amparada legalmente em sua prática (CARPENITO, 1999).

Ainda, na evolução histórica da SAE, Wall (2000) usou a terminologia “metodologia da assistência”. Definiu-a como uma união mediante assistência individualizada não-massificada que leva em conta o ser singular, o profissional e o cliente, cada qual com sua experiência de vida e bagagem de conhecimentos. Esse tipo de elo pode dar continuidade a essa assistência e potencializar assim o poder vital que impulsiona o paciente para o viver.

Salientam Ford e Walsh, apud Cianciarullo (2001) que, para alguns, a SAE é uma filosofia, na qual se valoriza a individualização do cuidar/cuidado; para outros, é um método de organização dos cuidados. Destarte, Alfaro-LeFevre (2005 p. 55) afirma que a sistematização da assistência de enfermagem é “forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem. Essencial a todas as abordagens de enfermagem promove cuidado humanizado, dirigido a resultados (orientado a resultados) e de baixo custo, impulsionando os enfermeiros a continuamente examinarem o que estão fazendo e a estudarem como poderiam fazê-lo melhor”. O enfermeiro, após apreender esses instrumentos, desempenhará suas atividades de cuidado nas dimensões biopsicossocial e espiritual, por meio do processo de cuidar.

Com o uso de computadores nas instituições de saúde há quase três décadas, surgiram nos Estados Unidos e Europa diferentes tipos de vocabulários para a descrição da prática de enfermagem. Nisso se incluem os sistemas de classificação sobre os diagnósticos, as intervenções e os resultados em enfermagem. Essas classificações estão direcionadas ao diagnóstico de enfermagem, às ações e aos resultados apresentados pelos cuidados prestados (MARIN, 1995).

Nesse contexto, enumeram-se alguns vocábulos como: *North American Nursing Diagnoses Association* (1973)-NANDA; Classificação na assistência domiciliar-HHCC-*Home Health Care Classification* (SABA, 1991); Classificação da Intervenção em Enfermagem-NIC-*Nursing Intervention Classification* (McCLOSKEY e BULECHEK, 1992); Projeto OMAHA de Classificação-*OMAHA Community Health System* (MARTIN e SCHEET, 1992); Léxico e a Taxonomia em Intervenção de Enfermagem-NILT-*Nursing Intervention Lexicon Taxonomy* (GROBE, 1992) (MARIN, 1995). E Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-Versão 1.0 CIPE/ICNP-*International Classification for Nursing Practice* (ICN, 2007).

A partir da década 90 do século passado, houve um avanço na SAE no que se refere à fase do diagnóstico de enfermagem, pois existe um movimento mundial, seja através do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e da Associação Norte-Americana (ANA), para que os enfermeiros validem a sua prática por meio dos diagnósticos denominados de Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE ou ICNP) e *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). No Brasil, na área da saúde coletiva, ocorreu um desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem denominado Classificação para a Prática de Enfermagem na Saúde Coletiva (CIPESC) e existem também estudos de validação. Na década de 2000, a CIPE adquiriu outra versão: passou a ser CIPE Versão 1.0 e NANDA, denominada NANDA Internacional.

Para solidificar a compreensão da SAE, o enfermeiro necessita de pensamento crítico, reflexivo, sensibilidade e incorporação de conhecimentos de outras disciplinas, além da própria Enfermagem. Quanto a este aspecto questiona-se: até quando o enfermeiro vai deixar de se apropriar desse instrumento tecnológico?

Até 2007, o enfermeiro, no Brasil, tem procurado sistematizar o seu cuidar, mas este ainda não é incorporado pelos membros da equipe de enfermagem,

o que dificulta a aproximação da teoria com a prática. Como ações prescritivas e normativas, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) promulgou: a Resolução do COFEN 311/2007 de 18 de janeiro de 2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Resolução do COFEN 272/2002 de 27 de agosto de 2002, que dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras, considerando-a uma atividade privativa do enfermeiro em que se utiliza um método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COREN-PR, 2007).

Com essas Resoluções há um respaldo legal das ações quanto à aplicação da SAE, porém, percebe-se que o enfermeiro ainda incorporou parcialmente esse instrumento tecnológico de cuidar na cultura da política institucional. Falta definição da filosofia do serviço de enfermagem para que se contemple um modelo teórico, além do que, há inadequação do dimensionamento dos membros da equipe de enfermagem.

2.2 OS INSTRUMENTOS

No seu cotidiano o enfermeiro utiliza, na prática, no ensino ou na pesquisa, instrumentos para o processo de cuidar. Os instrumentos de enfermagem são os recursos utilizados para se alcançar um propósito na sua ação efetiva. Estes proporcionam ao enfermeiro, além do conhecimento do paciente, um raciocínio e julgamento clínico, uma tomada de decisão fundamentada nas competências do exercício profissional, o que garante maior segurança e eficiência nas ações de enfermagem. Definidos os instrumentos, é importante especificar quais são eles e como o enfermeiro os utiliza no seu processo de cuidar.

Entre os vários instrumentos utilizados na Enfermagem, a comunicação, o planejamento, a avaliação, o método científico ou de resolução de fenômenos, a observação, o trabalho em equipe, a destreza manual e a criatividade são citados por (HORTA, 2005). Para Cianciarullo (2005, p. 137), à destreza manual acrescenta-se a habilidade psicomotora, pois “presume-se que a utilização das mãos com

habilidade é uma das características mais valorizadas pelos alunos de enfermagem, pelos enfermeiros e pela clientela em geral”. Além dos instrumentos básicos, Horta (2005, p. 160) também se refere aos princípios científicos como “um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais”, sendo que, na atualidade, são definidos como a capacidade de tomada de decisão relativa às ações de enfermagem, buscando explicá-las e ampliá-las, no que tange ao cuidar dos pacientes em suas necessidades básicas (CIANCIARULLO, 2005).

A **comunicação** é definida como significado compartilhado quando duas pessoas estão de acordo com a mensagem que foi trocada entre elas, e esse significado deve-se ao fato de as pessoas terem interpretações semelhantes para as mensagens verbais e não-verbais (ATKINSON *et al.*, 1989). Para que haja a comunicação eficaz, o enfermeiro tem um componente fundamental: a empatia que o torna mais sensível aos próprios pensamentos e sentimentos para o desenvolvimento de suas ações de uma forma favorável aos pacientes.

O enfermeiro, no seu exercício profissional, faz uso da competência interpessoal mediante a comunicação. Para que isso ocorra, ele deve embasar-se nos modelos teóricos da comunicação geral, ou da comunicação interpessoal, o que lhe permite atender o paciente em todas as suas dimensões (STEFANELLI e CARVALHO, 2005). Quando se comunica com efetividade, está em um processo de interação. Sabe lidar com gente, procura caminhos para chegar a um determinado resultado, ou seja, desenvolve um cuidar com eficiência. Tal processo resume a “capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre as pessoas” (FERREIRA, 1999, p. 517).

O encontro do enfermeiro com o paciente na relação da comunicação no cuidar é definido por O'Connor (2000, p. 324) como o momento “quando você se aproxima de mim, mesmo sabendo que você não pode satisfazer meu desejo mais profundo, isto é, minha cura... quando vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho de seu trabalho... quando você se aproxima de mim sem ares de profissionalismo, mas como pessoa humana que todos nós somos”.

A **observação**, afirma Horta apud Cianciarullo (2005, p. 6), “é a ação ou efeito de observar, isto é, olhar com atenção para examinar com minúcia, atenção que se dá a certas coisas”. Para Rudio (2004), é um dos meios que o ser humano tem de conhecer e compreender as pessoas, coisas, acontecimentos e situações. Sob

esses olhares, entende-se que o enfermeiro precisa utilizar os órgãos dos sentidos de forma eficaz, pois a observação deverá estar “presente” durante sua prática, sendo o primeiro passo para iniciar um “caminho” de interação com o doente crônico cardíaco que procura por ajuda. Cianciarullo (2005, p. 5-24) afirma que o enfermeiro deve incorporar a observação como uma capacidade e habilidade para compreender o contexto em que está inserida e assim ter subsídios para enfrentar e agir na Enfermagem.

A **criatividade** é o instrumento de que se apropria o enfermeiro quando, por meio da crítica reflexiva de sua prática cotidiana, cria novas alternativas para desenvolver suas competências no trabalho e um olhar interior a partir das diferenças do seu modo de cuidar. Snyder apud Cianciarullo (2005) afirmam que a criatividade é uma capacidade essencial ao enfermeiro que busca a resolução de problemas no seu dia-a-dia. Sendo assim, o desenvolvimento de intervenções criativas em seu fazer profissional poderá proporcionar-lhe um crescimento interior e uma prestação de cuidados de enfermagem ao paciente com uma melhoria na qualidade, tendo este, como recompensa, as suas ações criativas (CIANCIARULLO, 2005).

Para Skeet e Thompson apud Cianciarullo (2005, p. 52) o cuidado de enfermagem criativo tem um objetivo dinâmico: além buscar a resolução do problema, valorizar o “conhecimento natural” do enfermeiro – intuição e senso comum –, promover o desenvolvimento pessoal e o exercício de suas habilidades inovadoras, interpessoais e criativas.

O **planejamento** também é considerado um instrumento visto que o enfermeiro elabora um plano de trabalho gerencial ou assistencial, tendo uma visão do todo. Nessa ótica, ele utiliza os níveis de abrangências no tocante ao alcance de prazos, isto é, estabelece planos estratégicos, táticos e operacionais para realizar a SAE individualizada. Esse é um processo intelectual que conta com a determinação consciente do curso de ação, com a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise (HORTA, 2005).

Avaliação, para Cianciarullo (2005, p. 112), é “uma atividade metodológica e processual de interpretação e julgamento de dados qualitativos e quantitativos para atribuição de valor, fundamentada em padrões e critérios predeterminados”. Independentemente de qual seja a situação a ser avaliada, o profissional faz uma retroalimentação em diversas dimensões, principalmente, no processo de

enfermagem, que representa a excelência do cuidado prestado ao paciente, uma vez que conta com a eficácia do cuidar/cuidado individualizado.

Considera Gomes, citado por Cianciarullo (2005, p. 111-12), que “o homem, para desenvolver-se em sua forma de sentir, pensar e agir necessita avaliar suas experiências, como identificar quais as suas possibilidades e quais suas restrições. Mediante ao uso desse processo, ele está se permitindo julgar, apreciar, determinar valores para suas decisões. Esta conduta se faz tanto para consigo mesmo, como para com tudo que o cerca”.

A **destreza manual** é o instrumento utilizado pelo enfermeiro quando aplica o saber fazer de forma racional, repensando as ações que realiza ao paciente e sobre si mesmo. Logo, o cuidar não é apenas a aplicação dos membros superiores, mas a articulação de outros movimentos motores. Essa articulação se relaciona à capacidade de fazer movimentos hábeis de braços e mãos, bem direcionados, que podem ser denominados de habilidades psicomotoras (CIANCIARULLO, 2005).

O **trabalho em equipe** se constitui em um instrumento na medida em que cada membro da equipe de saúde realiza suas competências profissionais com segurança e é capaz de negociar dentro de um caráter de empreendedorismo, com conhecimento técnico-científico e com respeito ético e moral. O homem não consegue laborar sozinho, necessita estar em equipe e, segundo Cianciarullo (2005), o poder energético do grupo é requisito vital para a obtenção de resultados. Ainda, a equipe de enfermagem deve ser orientada para a obtenção de uma única meta: o cuidar. Se não houver um espírito de equipe, esse cuidar pode sofrer interferências, ficando comprometidos os objetivos que deveriam ser comuns. Assim, o enfermeiro poderá realizar o processo de cuidar dentro do profissionalismo e articular a ciência, a arte, o pessoal, a ética e o sociopolítico como formas de padrões de conhecimentos na Enfermagem (CARPER e WHITE apud LACERDA, ZAGONEL e MARTINS, 2006).

Na visão de Amaru, citado por Cianciarullo (2005, p. 91), o enfermeiro, quando se apresenta com profissionalismo,

deverá possuir conhecimento e habilidade específica, capacidade de escolher e usar métodos adequados para o desempenho da missão organizacional, execução de tarefas e de ações específicas, também planejar e preparar cuidadosamente cada uma de suas ações, evitando improvisações, ainda procurar acompanhar as evoluções dentro do seu

campo de trabalho, separar as relações pessoais das tarefas, participando da equipe de forma solidária, e não deixar compromissos inacabados.

O **método científico** constitui reflexos das necessidades do homem para a construção do conhecimento científico, o qual parte de uma atitude racional e lógica para buscar a compreensão do mundo por meio de seus questionamentos. Saber cientificamente é ser capaz de comprovar, de explicar os fenômenos e não só de apreendê-los; é uma expressão que lembra o método sistemático e evidencia um caráter de respeitabilidade e de autoridade, sendo característica exclusiva do conhecimento científico. De acordo com Cianciarullo (2005, p. 25), o método científico “constitui um procedimento geral, sistemático, baseado em princípios lógicos”. Com ele o enfermeiro desenvolve um raciocínio e julgamento clínico, uma tomada de decisão para os pacientes sob um olhar de “estar com” e “estar para”.

Os instrumentos abordados poderão ser apreendidos e utilizados no cotidiano da prática do cuidar do enfermeiro, com objetivos de promover, manter e recuperar a saúde do paciente.

2.3 A DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA

As condições crônicas são evidenciadas como doenças não-transmissíveis (doenças cardiovasculares; câncer; diabetes; asma); transmissíveis persistentes; Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA); distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas, sendo que as doenças não-transmissíveis e as doenças mentais estão em ascensão, constituindo problemas para o Sistema de Saúde Mundial (OMS, 2003).

Os Sistemas de Saúde necessitam tomar providências para o tratamento das doenças de longo prazo, ou aos portadores crônicos, visto que o paradigma predominante, nesses casos, volta-se para o tratamento agudo nas instituições de saúde. Para superar esse modelo é necessário que os dirigentes de instituições de saúde e os governantes desenvolvam condutas com bases em políticas de saúde; que as organizações capacitem seus profissionais, em termos de habilidades

interpessoais e tecnológicas; que promovam a participação das comunidades e a interação dos pacientes nessas políticas (OMS, 2003).

A Organização Mundial de Saúde determina que as doenças crônicas cardiovasculares sejam conduzidas por políticas do Sistema de Saúde por meio das evidências científicas, para que se reoriente a prática e, conseqüentemente, os pacientes possam apresentar melhoras, podendo o profissional intervir de modo eficaz. Tais doenças representam um aumento crescente da mortalidade mundial, portanto, faz-se necessário implementar políticas de saúde na prevenção para estimular o paciente e família a participarem efetivamente do tratamento (OMS, 2003).

As doenças crônicas cardiovasculares são consideradas, para Woods, Froelicher e Motzer (2005), como resultados da incapacidade de compensar os mecanismos fisiológicos. Apresentam-se como uma história natural prolongada; com multiplicidade de fatores de risco; interação de vários fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos. Inicia como uma condição aguda, aparentemente insignificante e que se prolonga através de episódios de exacerbação e remissão. Embora sejam passíveis de controle, o acúmulo de eventos e as restrições impostas pelo tratamento podem levar a uma significativa alteração no estilo de vida das pessoas (LESSA, 1998). Dessa maneira, essas doenças requerem uma atenção especial no que diz respeito aos processos patológicos advindos de fatores sociais e ambientais, constituídos da própria história natural da doença (FIQUEIREDO, STIPP e LEITE, 2004).

A Organização Pan-Americana de Saúde, preocupada com o crescente aumento das doenças não-transmissíveis, implementou projetos de prevenção integrados no âmbito da comunidade, conhecidos como CARMEN (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não-transmissíveis). Sua finalidade é melhorar a saúde da população mediante a redução da incidência de fatores de risco associados às enfermidades não-transmissíveis, por meio das ações combinadas e coordenadas de prevenção da enfermidade e da promoção da saúde no âmbito dos serviços, da sociedade e da comunidade (BRASIL, 2000; OPAS, 2003a).

A participação dos múltiplos fatores de risco no desenvolvimento das doenças cardiovasculares implica na formação, progressão e ocorrências dos eventos cardiovasculares futuros. Portanto, esses fatores devem ser reconhecidos

precocemente. Recentemente foi feito um estudo, *INTERHEART*, coordenado pelo Doutor Salim Yusuf, com a finalidade de avaliar, de forma sistematizada, a importância dos fatores de risco para a doença cardiovascular mundialmente. Foram evidenciados nove deles e comprovou-se que mais de 90% dos riscos eram atribuídos ao infarto do miocárdio e que os dois mais importantes fatores de risco são o tabagismo e a dislipidemia, que juntos compreenderam dois terços do risco global de infartos do miocárdio. Já a obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e fatores psicossociais apresentaram diferenças relativas nas diferentes regiões realizadas (YUSUF, HAWKEN e OUNPUU, 2004).

Todas as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento levam o indivíduo a uma condição crônica de saúde com a qual terá de aprender a conviver. Tal condição traz consigo certos fatores estressantes como o tempo prolongado de tratamento e as mudanças no estilo de vida e no meio social, o que altera o modo de viver desse indivíduo e das pessoas que convivem com ele (RIBEIRO e MANTOVANI, 2001).

Considerando esse quadro, é relevante a participação do enfermeiro no levantamento dos fatores de risco prematuramente, uma vez que as doenças crônicas cardíacas geram alto custo para os cofres públicos e trazem danos severos ao paciente, comprometendo também a sua família.

2.4 O ADULTO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA

Viver leva o homem a crescer nas dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual durante a sua existência e, quando ele reconhece essas dimensões no seu dia-a-dia, elas podem ser mobilizadas para facilitar o entendimento de uma situação atual e assim criar novas alternativas a serem examinadas. Isso requer o esforço de compreendermos a nós mesmos e aos outros. Somos mais do que um ser físico; todos nós possuímos um mundo interior nem sempre fácil de perceber.

O homem é um ser que apresenta corpo físico, mente, sentimentos e espírito formando um todo. Quando uma dessas dimensões não está bem, todo esse ser é afetado. Os profissionais da saúde devem ajudá-lo a conhecer suas forças pessoais e espirituais como uma forma de lhe permitir conhecer sua própria

capacidade de moldar a qualidade e a riqueza da sua vida por meio de suas escolhas.

No entanto, quando ocorre um desequilíbrio importante, o surgimento de uma doença ou outro fator de diferente natureza, ocorre um comprometimento desse todo harmônico que permite ao homem um não-viver pleno. O adulto portador de doença crônica cardíaca, por exemplo, começa a sentir que a força física e a força do coração estão diminuídas. Surge a aterosclerose nos vasos sanguíneos, também ocorre a perda do tecido ósseo e há carência na auto-estima (ATKINSON *et al.*, 1989). Nessa fase eles podem apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais, sociais e precisará aprender a administrar o seu tratamento efetivo. Nessas circunstâncias, quando o paciente se encontra fragilizado, é que o enfermeiro assume um papel importante e muito expressivo junto a ele, no sentido de ajudá-lo não só a enfrentar as dificuldades em torno da doença, mas também de cuidá-lo nas suas necessidades de segurança, carinho e autoconfiança. Desse modo, é importante que o enfermeiro compreenda que os pacientes portadores de doença crônica requerem do profissional um raciocínio clínico e crítico constante, pois uma simples preocupação que apresentem pode colocar em risco suas vidas.

A qualidade de vida definida por Silva *et al.* (2005, p. 8) é como uma experiência interna de satisfação e de bem-estar em consonância com o processo de viver, que envolve todas as dimensões da pessoa, ou seja, físico, psicológico, social, cultural e espiritual. Ainda é considerado “um conceito dinâmico, que se modifica no processo de viver das pessoas”.

Em um estudo sobre esse tema, em pacientes portadores de doença crônica, percebe-se que o significado de qualidade de vida relacionou-se ao bem-estar material (40,9%), ao bem-estar físico (23,9%), ao emocional (11,2%) e interferiu na capacidade física (67,6%), no trabalho, no estudo e na atividade do lar (64,8%) e na auto-estima (53,5%). Esse estudo ainda evidencia que a qualidade de vida é determinada por fatores socioeconômicos, pois a doença crônica interrompe ou dificulta a participação do paciente no processo produtivo e o leva a experimentar diferentes sentimentos e comportamentos devido às alterações da capacidade física, da auto-estima, da imagem corporal e das relações com outras pessoas (MARTINS, FRANÇA e KIMURA, 1996). Desse modo, o enfermeiro tem uma função fundamental na equipe de saúde já que por meio da avaliação clínica diária do paciente poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na

subjetividade da multidimensionalidade do ser humano, e providenciar que o paciente seja atendido nos mais diferentes segmentos da equipe de saúde e/ou da enfermagem.

A Organização Mundial de Saúde, em seu documento “Cuidados inovadores para as condições crônicas”, enfatiza que o paciente portador de doença crônica carece de cuidados planejados, capazes de prever suas necessidades básicas e de atenção integrada. Essa atenção envolve tempo, cenário da saúde e cuidadores, além de treinamentos para que o paciente se autocuide em sua residência. O paciente e seus familiares precisam de suporte, de apoio para a prevenção ou administração eficaz dos eventos crônicos (OMS, 2003).

Quando da hospitalização desses tipos de pacientes, cria-se uma carga emocional muito intensa, e estes necessitam de várias informações desde o conhecimento de sua doença, de seus direitos e deveres na instituição, bem como os de cidadão. Assim sendo, faz-se necessário que o enfermeiro pense na necessidade de muitas vezes modificar suas ações de cuidar diárias, pois o modelo biomédico cartesiano restringe-se a tratar o paciente em suas manifestações agudas da doença não resolutive. Conforme Costa, Alves e Lunardi (2006), a equipe de enfermagem e os próprios familiares, de um modo mecânico, passam, muitas vezes, a realizar e assumir as decisões e as ações que o paciente poderia efetuar. Esses atores, infelizmente, podem estar contribuindo para que ele amplie mais suas dificuldades e aumente seus sentimentos de sofrimento, reforçando nele a incapacidade de decidir por si e sobre si.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

De natureza **qualitativa**, na modalidade **exploratória** foi alicerçado e justificado nesse tipo de pesquisa em vista dos objetivos propostos e por possibilitar a incorporação da questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A pesquisa qualitativa para Polit, Beck e Hungler (2004) envolve uma progressão linear de tarefas, sem pretender controlar o contexto da pesquisa e sim captá-lo em sua totalidade, adicionando o subjetivo como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais. Nesse sentido, o pesquisador salienta os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana no contexto daqueles que a estão vivenciando. Torna-se possível uma pesquisa qualitativa quando os sentidos e as significações dos fenômenos em foco são o cerne para os pesquisadores, sendo que esses procuram captá-los (TURATO, 2003).

A pesquisa qualitativa tem como características oferecer ao pesquisador a “possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas” e propiciar, também, o conhecimento da dinâmica e da estrutura da situação do estudo, na perspectiva de quem a vivencia. Outra característica é a indução do pesquisador a não se deter na teoria adotada, mas sim oportunizar a geração de conceitos e formulação de novas teorias, partindo dos dados (PRAÇA e MERIGHI, 2003, p. 1). Dessa maneira, a investigação possibilita uma aproximação ímpar entre o sujeito e objeto pesquisado, e o material básico de interpretação é a palavra, sendo possível detectar as diferentes concepções.

Ao se escolher a pesquisa **qualitativa** modalidade **exploratória**, atribuiu-se a ela contemplar os propósitos de estudo, visto que se pretendia agregar e fornecer dados sobre as práticas cotidianas dos enfermeiros que atuam no cuidar/cuidado na instituição de saúde em questão.

A pesquisa exploratória é realizada em áreas em que há escassez ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Por meio da natureza de

sondagem, não parte de hipóteses, mas estas poderão surgir como produto final da pesquisa (TOBAR e YALOUR, 2003).

Para Gil (2002), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Quando explora algum fenômeno de interesse, mais que observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ela se relaciona, dentro de uma nova área ou tópico que estão sendo investigados e não estão claramente entendidos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Em geral, o estudo exploratório constitui-se na estratégia preferida quando o tipo da questão norteadora é “qual” e/ou “o quê”, na qual o foco encontra-se em fenômenos de interesse inseridos em algum contexto de exploração de fenômenos pouco entendidos. Nesses casos, conforme Polit e Hungler (1995), ao invés de observar e registrar a incidência do fenômeno, a pesquisa exploratória busca explorar as dimensões e a maneira pela qual ele se manifesta e também outros fatores com os quais se relaciona. Para o estudo em questão tal pesquisa foi utilizada, uma vez que a proposta insere-se nas características anteriores.

3.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

A investigação realizou-se no Serviço de Cardiologia de atendimento clínico ao portador de doença crônica e no Serviço de Internação Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) (ANEXO, 1).

O hospital teve sua construção iniciada em 1949, no governo de Moyses Lupion e compõe-se de cinco blocos. Em 1950, a construção do bloco central estava em vias de conclusão e, em 1953, por conta da comemoração ao Centenário da Emancipação Política do Paraná, foi erguido sobre a laje um luminoso em néon: “Cem Anos”. Após oito anos de construção, o HC-UFPR foi inaugurado no dia 05 de agosto de 1961 pelo então presidente Jânio Quadros. A instituição nasceu graças aos anseios do reitor da UFPR, Flávio Suplicy de Lacerda, de construir um hospital para o treinamento dos alunos de medicina, e pela necessidade do funcionamento de um hospital geral que atendesse a população do estado do Paraná. Órgão

suplementar da UFPR, é considerado o maior hospital público do estado e um dos cinco maiores hospitais universitários do país (UFPR, 2007).

Em termos de estrutura, tem aproximadamente 59.652,45 m² de área construída, na qual circulam cerca de 11.000 pessoas diariamente. Possuía 643 leitos, 510 ambulatórios, 288 consultórios e 3.709 funcionários até dezembro de 2004. Atualmente tem 6.524 colaboradores que, juntos, trabalham em prol da prestação de assistência ao ser humano que procura o hospital. O HC é considerado o maior prestador de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Paraná, sendo sua única fonte de recursos para custeio (UFPR, 2007; BURMESTER, 2002).

Na qualidade de hospital universitário, realiza atividades de pesquisa científica e de ensino de graduação (Enfermagem, Medicina, Nutrição, Terapia Ocupacional) e na pós-graduação lato e stricto sensu (Residência Médica, Mestrado de Medicina e Enfermagem, Doutorado em Medicina).

Os dados de 2005, em relação à prestação de serviço foram: atendimentos de internação: 20.521; atendimentos: 818.990; partos: 1.997; cirurgias: 10.735. Quanto à procedência dos pacientes, o total do Paraná: 96%; de Curitiba: 56%; região Metropolitana: 29%; de outros estados: 4%; de outros países: 0,01% (UFPR, 2007).

Especificamente na Unidade de Cardiologia, a média mensal de internações no ano de 2005 foi de 31%, e a taxa de permanência média/dia foi de 10,24/dias. Atualmente, conta com doze leitos: seis para internação de mulheres e seis para homens, os quais são encaminhados do pronto atendimento, central de internação, unidade coronariana, unidade de terapia intensiva, serviço ambulatorial médico e outras unidades do hospital (UFPR, 2007).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa se constituíram, intencionalmente, de oito enfermeiros: sete enfermeiros assistenciais e um enfermeiro gerente de unidade funcional, que trabalham nos serviços de Cardiologia Clínica e Serviço de Clínica Médica. A amostragem intencional é um tipo de método não-probabilístico de

amostragem, em que o pesquisador seleciona os participantes para a pesquisa, baseados em critérios pessoais, para atender os objetivos propostos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). Ainda, independente do seu turno, e de representarem o único quantitativo de enfermeiros que laboram naquelas unidades de internação, todos aceitaram participar deste estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados realizou-se por meio da entrevista semi-estruturada, gravada e houve um teste piloto para adequação do instrumento. As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro, março e abril de 2007, em locais de trabalho, individualmente e em uma sala reservada. Isso permitiu privacidade aos sujeitos para se expressarem com tranquilidade e segurança, estabelecendo-se uma relação de confiança com a pesquisadora. O período de duração das entrevistas foi, em média, de uma hora e trinta minutos. Foram gravadas em digital MP3 *player* USB-831, posteriormente transferidas para *hardware* e transcritas na íntegra.

A entrevista semi-estruturada gravada (Apêndice 1), conforme Polit, Beck e Hungler (2004), encoraja os sujeitos a definirem as dimensões importantes de um fenômeno e a elaborar o que é relevante para eles, mais do que ser orientados pelas noções de relevância transmitidas *a priori* pelo investigador, que enfoca diretamente a questão norteadora desta pesquisa e fornece inferências causais percebidas. As questões reais foram elaboradas de uma forma não-tendenciosa para atender ao estudo proposto, que diz respeito ao perfil dos sujeitos e questões-guias como: o entendimento do paciente crônico cardíaco e do processo de cuidar em enfermagem para esses pacientes. Essa fonte de informação tem como propósito corroborar determinados fatos, os quais a pesquisadora acredita haver estabelecido.

De acordo com Tobar e Yalour (2003), a entrevista semi-estruturada é fundamentada no uso de um conjunto de instruções claras relativas às perguntas fundamentais a serem realizadas ou aos temas a serem explorados. Esse conjunto serve de guia para a entrevista, que é um instrumento valiosíssimo visto que, no seu todo, trata de questões humanas que possibilitam apresentar uma natureza de conservação, em forma de relatórios verbais. Ainda, para Turato (2003), a entrevista

é um método precioso de conhecimento interpessoal e facilitador, pois no encontro face a face propicia a apreensão de vários fenômenos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise é um processo pelo qual se evidenciam os princípios fundamentais do pensamento entre os modelos conceituais e os sujeitos do estudo à luz de uma leitura exaustiva dos fenômenos investigados.

Na análise das evidências leva-se à presença ou ausência de uma dada característica ou conjunto de características em uma determinada mensagem. Os registros são analisados a partir de análise categorial, ou seja, da descrição das categorias definidas, consideradas “classificação dos elementos de significação constitutivos, da mensagem”. A segunda etapa é a inferência, conceituada como “operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”. A última fase é a interpretação da mensagem, após leitura e releitura dos dados contidos nas respostas dos sujeitos (BARDIN, 1977, p. 37-39).

Desse modo, a análise de conteúdo de Bardin (1977, p. 24) é o:

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, de conteúdo das mensagens indicadoras (qualitativas ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos à condição de produção (variáveis inferidas).

Esse método é utilizado desde o século XV até os dias atuais e abrange três fenômenos primordiais: o recurso ao ordenador, o interesse pelos estudos respeitantes à comunicação não-verbal e a inviabilidade de precisão dos trabalhos lingüísticos (BARDIN, 1977). Desse modo há uma flexibilidade e organização das informações, que possibilitam chegar a uma conclusão de como favorecer as abordagens filosóficas. O objetivo principal da análise de conteúdos é a manipulação de mensagens, que mostra os indicadores, possibilitando inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 1977).

No estágio final da análise, o pesquisador tenta unir as várias categorias encontradas em um todo integrado. Essas categorias precisam estar inter-relacionadas de modo a oferecer uma estrutura geral à totalidade do corpo de dados, e analisá-los é uma atividade intensiva que exige criatividade, sensibilidade conceitual, trabalho árduo e rigor intelectual (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Assim, a análise de conteúdo procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais o pesquisador se inclina, além de buscar outras realidades através das mensurações. O recorte é de ordem semântica, se bem que às vezes exista uma correspondência com unidades formais, como palavra e palavra-tema, frase e unidade de significações. Enfim, o material principal da análise de conteúdo são os significados (BARDIN, 1977).

Para Bardin (1977), as diferentes fases de análises de conteúdo organizam-se em três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação. A pré-análise corresponde a um período de intuições, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais para conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. Essa fase possui três fatores: a escolha dos documentos a serem submetidas à análise; as formulações das hipóteses e dos objetivos; a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

Depois de escolhido, o registro explícito de um tema em uma mensagem, procedeu-se à construção de indicadores precisos e seguros, que são determinados em operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática, e de modalidade de codificação para registro de dados.

Nessa fase dos estudos, as entrevistas semi-estruturadas, já haviam sido gravadas e transcritas na íntegra e, para facilitar a manipulação de análise, foram decifradas em folhas de papel A4, dispondo-se em colunas à direita para o recorte do texto tema, da categoria, da subcategoria e respostas das entrevistas, em fichas para que se possam marcar os contrastes.

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se por meio do processo de categorização, considerada uma operação de classificação de elementos constituídos de um conjunto por diferenciação e reagrupamento, conforme analogia, e a partir de critérios previamente definidos. As categorias são classes, que reúnem unidades de registro sob um título genérico, que são agrupadas em razão dos caracteres comuns dessas unidades (BARDIN, 1977).

A partir do momento em que se decide codificar o material, deve-se produzir um sistema de categorias. A categorização tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos e deverá apresentar exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade para que seja considerada de boa qualidade (BARDIN, 1977).

A segunda fase é a de exploração do material, considerada longa, tediosa e cheia de enfado, pois é essencialmente a operação de codificações, processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem uma discussão exata das características pertinentes ao conteúdo.

A terceira fase cronológica da análise é o tratamento dos resultados obtidos e interpretados. Nessa fase, os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos. A pesquisadora, de posse dos resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou em decorrência de outras descobertas inesperadas.

Um exemplo do caminho da análise cujo tema é processo de cuidar encontra-se no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Exemplo do caminho para análise

CONTEÚDO DA FALA	SUBCATEGORIA	CATEGORIA	TEMA
A avaliar o quadro dele, qual é o atendimento no quadro dele de momento. Um paciente cardíaco que está na cama, então já está com oxigênio, está com um quadro mais agudo ou mais grave, ver o cuidado com oxigênio, verificar a pressão dele é de quantas horas [...] olhar a unha para ver se a circulação esta boa ou não, se está cianótico (E 3).	Dimensão Técnica do cuidado	O Cuidar	Processo de Cuidar

FONTE: O autor (2007)

3.6 CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO E CONFIABILIDADE

Na busca de conceitos que envolvem não apenas a descoberta de temas partilhados pelos sujeitos, mas a busca de variação natural dos dados, é importante fazer a checagem, apresentando a análise dos conceitos preliminares a alguns dos sujeitos que podem ser estimulados a oferecer sugestões capazes de apoiar ou contradizer essa análise (POLIT e HUNGLER, 1995). Ainda, para Polit, Beck e Hungler (2004), a confiabilidade dos dados refere-se à estabilidade das informações ao longo do tempo e sob diferentes condições.

A validade e a confiabilidade dos resultados de uma análise foi construída ao longo do processo. O rigor foi conduzido em cada etapa de análise, o que proporcionou a sua garantia. Assim sendo, uma unitarização e uma categorização rigorosas encaminham para as descrições e interpretações válidas e representativas dos fenômenos investigados (MORAES, 2003).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – CEP/HC nº 1288.136/2006-09 – na forma de protocolo, no dia 28 de setembro de 2006 (Anexo 2), conforme as normas exigidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), respeitando as diretrizes, e normas regulamentadoras da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi solicitado aos sujeitos desta pesquisa o seu consentimento livre (APÊNDICE 2). Eles receberam informações sobre os objetivos e a metodologia do estudo, preservando-se o anonimato de suas respostas, que foram nomeados no estudo de modo enfermeiro 1 (E 1), enfermeiro 2 (E 2) e assim sucessivamente. Assim, pediu-se o seu consentimento para gravação da entrevista, garantindo-lhes o direito de, voluntariamente, não participarem ou desistirem do estudo no momento em que desejassem.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se as características dos sujeitos e os resultados obtidos da análise das entrevistas semi-estruturadas e gravadas. A organização do tema, das categorias e das subcategorias foi ancorada pelos objetivos e pela questão norteadora do estudo. A proposta foi priorizar as similaridades, discordâncias ou regularidades e princípios de causalidade ou generalização nos relatos dos sujeitos, os quais foram tomados em consideração.

A seguir serão apresentados as características dos sujeitos e o conteúdo das entrevistas, essas possibilitaram a identificação de três (3) categorias e nove (9) subcategorias que deram significados ao processo de cuidar do enfermeiro ao portador de doença crônica cardíaca.

4.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS

Foram observadas as questões relativas ao sexo, tempo médio de formação, tempo médio que trabalham com pacientes crônicos e o tempo médio que laboram com pacientes crônicos cardíacos, sendo evidenciado no Quadro 2.

Quadro 2 - Características dos sujeitos

DESCRIÇÃO	DADOS	
Sexo	Feminino	Masculino
	7 sujeitos	1 sujeito
Tempo médio de formação	19 anos e 5 meses	
Tempo médio de trabalho pacientes crônicos	22 anos	
Tempo médio de trabalho pacientes crônicos cardíacos	10 anos e 5 meses	

FONTE: O autor (2007)

Entre oito (8) enfermeiros participantes desta pesquisa, 87,5% eram do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino, visto que é uma das características desta

profissão a prevalência de profissionais do sexo feminino. Percebe-se que o enfermeiro apresenta no tempo de formação uma variação entre 10 (no mínimo) a 29 anos (no máximo), com uma média de 19 anos e 5 meses. Isso nos remete, ao final de 80 e início de 90.

Em relação ao tempo médio de trabalho com paciente crônico existe uma predominância de 10 anos a 34 anos, com uma média de 22 anos, o que propiciou ao enfermeiro tornar-se *expertise* no cuidado desse tipo de paciente, habilitando-o também como agente de educação em saúde.

No que se refere ao tempo médio de trabalho que os enfermeiros cuidam de pacientes crônicos cardíacos existe uma amplitude de um (1) mês a trinta e quatro (34) anos, com uma média de 10 anos e 5 meses, o que permite ao profissional conhecer e entender esse tipo de doente, podendo ajudá-lo no seu processo de saúde/doença.

O **processo de cuidar** refere-se à visão que os enfermeiros têm da sua prática profissional. Ao discorrer sobre como percebem o cuidar ao paciente crônico, dele emerge três categorias: o **cuidar**, **prática do cuidar/cuidado** e **promoção à saúde**, com suas respectivas subcategorias observadas no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 - Tema, categorias e subcategorias encontradas nas análises dos relatos

TEMA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
P R O C E S S O D E C U I D A R	O Cuidar	Dimensão técnica Dimensão expressiva
	Prática do cuidar/cuidado	Concepções de ser humano Concepções de enfermagem
	Promoção à Saúde	Educação à saúde Orientação Concepções de saúde: equilíbrio e conforto/bem-estar Concepções de doença crônica cardíaca: desequilíbrio e incapacidade Ambiente

FONTE: O autor (2007)

Passo a discorrer os resultados encontrados nos discursos dos participantes desta pesquisa, conforme categorias e subcategorias.

4.2 O CUIDAR

Essa categoria expressa, na óptica dos enfermeiros deste estudo, os cuidados oferecidos aos pacientes crônicos cardíacos mediante realizações de ações para ajudá-lo a vivenciar o processo de adoecimento. Sendo assim, estabelecem-se duas subcategorias: **dimensão técnica** e **dimensão expressiva**.

4.2.1 Dimensão técnica

O cuidar permite contemplar o conhecimento corporificado na dimensão técnica e nas relações sociais específicas, além de propiciar o atendimento às necessidades biopsicossociais do paciente (ALMEIDA e ROCHA, 1989). Ainda, o cuidar sob o ponto de vista da execução das ações técnicas aliadas ao saber. A dimensão instrumental⁶ é caracterizada pelas ações físicas desempenhadas, relacionado a papéis que cumprem expectativas sociais, incluindo processos de cuidar permeados por saberes e fazeres, tendo uma orientação em longo prazo (TEIXEIRA, LACERDA e MANTOVANI, 2007).

Os relatos evidenciam que o enfermeiro realiza o ato de cuidar na execução das ações de enfermagem a pacientes com doença crônica cardíaca, por meio de procedimentos técnicos, como observar sinais e sintomas, a fim de evitar que o paciente evolua para um quadro de complicações.

Conforme citações a seguir, o enfermeiro procura estar atento às alterações emergenciais. Precisa saber identificá-las para manter o paciente estável, permitindo-lhe aguardar para realizar, se for o caso, um possível procedimento

⁶ Neste estudo, lê-se dimensão técnica do cuidar.

cirúrgico, um exame diagnóstico terapêutico ou até um procedimento intervencionista.

A nível hospitalar, com exames complementares, observar sinais e sintomas das doenças cardíacas, orientar os cuidados e realizar procedimentos de enfermagem. O cuidar atenta a sinais e sintomas daquilo que eu possa fazer para evitar que o paciente evolua para um problema cardíaco mais sério, uma clínica estável até que possa fazer o procedimento cirúrgico ou, às vezes, só um exame complementar ou então até um procedimento mais invasivo, levantamento através do contato direto com o paciente de todas as alterações de sinais vitais, edema, dor [...] Porque o paciente cardíaco pode estar estável, mas para mim ele é uma bombinha relógio, ele pode fazer uma síncope, pode fazer uma hipertensão, porque eu tenho que saber o que ele está tomando. O cuidar para mim, assim, é estar atenta a tudo o que possa alterar as condições fora da normalidade no momento que está doente aqui (E 1).

Na sintomatologia que está relacionada com a sua patologia nos sinais (E2).

O cuidar é o ato em que você dá assistência, procurar fazer a parte científica desses cuidados; o cuidar é o cuidado, é a execução daquela ação (E 5).

Prestar assistência sempre que necessário, observando as reais condições do paciente, amenizando ou sanando as suas queixas. É o ato de cuidar, sempre verificando a real necessidade dele [...] (E 8).

No depoimento dos enfermeiros verifica-se a noção de cuidar como atenção aos sinais, sintomas e complicações do adoecimento, bem como da terapêutica empregada. Essa visão corrobora-se com a concepção de Araújo e Araújo (2003) que enfatizam a importância do enfermeiro ser profissional participante e atuante da equipe multiprofissional, responsável pelo cuidado do paciente com doença cardiovascular, tendo conhecimento adequado dos princípios fisiológicos básicos que regem o funcionamento do sistema cardiocirculatório. Além desse conhecimento, é importante que o enfermeiro avalie o estado físico do paciente e que obtenha seus sinais vitais, outros parâmetros decorrentes da monitorização hemodinâmica, bem como os cuidados com oxigênio e medicação parenteral, também saber interpretar corretamente as informações obtidas.

De acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente, o enfermeiro presta cuidado como, por exemplo, monitorizar a terapêutica medicamentosa inalatória, pois ele reconhece quão dificultoso é para o paciente realizar o ciclo respiratório, dificuldade esta que pode levar a ocorrências como o comprometimento

da perfusão periférica, dispnéia, alterações na pressão arterial sistêmica e falta inadequada de oxigênio nos tecidos, como menciona o sujeito abaixo:

A avaliar o quadro dele, qual é o atendimento no quadro dele de momento. Um paciente cardíaco que está na cama, então já está com oxigênio, está com um quadro mais agudo ou mais grave, ver o cuidado com oxigênio, verificar a pressão dele é de quantas horas [...] olhar a unha para ver se a circulação está boa ou não, se está cianótico (E 3).

O enfermeiro, ao avaliar os sinais e sintomas, tem o papel essencial de auxiliar o indivíduo no processo de adaptação. É preciso considerar que existe uma linha tênue entre *o auxiliar* e *o fazer por*, que há um caminho a ser percorrido pelo paciente e que o enfermeiro oferece ajuda para o percurso. Desse modo, a prestação de cuidado ao paciente com doença cardiovascular pelo profissional requer dele multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação (CINTRA, NISHIDE e NUNES, 2003). Ainda, conforme César e Ferreira (2001) não evidenciar a evolução da doença no paciente com aparecimentos de eventos coloca-o em risco, conseqüentemente a qualidade de vida fica prejudicada.

Conforme Figueiredo, Stipp e Leite (2004), com as medidas preventivas e avanço dos métodos diagnósticos e terapêuticos a sobrevivência dos pacientes com doenças cardiovasculares aumentaram consideravelmente. Os enfermeiros deste estudo mostram na dimensão técnica do cuidar que reconhecem sinais e sintomas e as alterações da doença nos pacientes, pois atuam nas intercorrências da prevenção da doença.

Deve-se levar em consideração que, na categoria do cuidar, a subcategoria dimensão técnica evidencia o modelo biomédico, no qual os cuidados técnicos eram os únicos adequados como científicos. O destaque a esse modelo ocasionou “um distanciamento entre os níveis dos cuidados de enfermagem, cuidados destinados à manutenção e promoção de vida cotidiana, que eram percebidos como secundários” e sem importância científica ou econômica (ANDRADE, 2007, p. 97).

Neste estudo, apesar do cuidar na subcategoria **dimensão técnica** trazer consigo o modelo biomédico e atenção necessária à saúde, mesmo assim, percebe-se nos relatos dos participantes a **dimensão expressiva** subcategoria em que aflora o cuidado humanizado ao doente crônico cardíaco, que vai além do ato de cuidar

propriamente dito, pois os enfermeiros oferecem a eles solidariedade e ajuda. Para Waldow (2001a), o cuidado não se restringe apenas a uma ação técnica no sentido de fazer, executar um procedimento, mas também no sentido de ser, pois é expresso de forma atitudinal e relacional.

4.2.2 Dimensão expressiva

Para a estudiosa Watson o cuidar é demonstrado e praticado de maneira interpessoal, ou seja, na relação entre duas pessoas, consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de necessidades humanas e, quando eficiente, promove saúde e crescimento individual. Assim, as respostas ao cuidar aceitam a pessoa *como é e como pode vir a ser*, pois o ambiente de cuidado deve proporcionar desenvolvimento do potencial humano e ao mesmo tempo permite suas escolhas. Enfim, o cuidado é mais um gerador de saúde do que curativo e a prática do cuidado é fundamental à Enfermagem. Ainda, o cuidado transcende o self, o tempo, o espaço e a história de vida do paciente do ponto de vista do cuidado humano (GEORGE, 1993).

Destarte, para Paterson e Zderad o encontro do enfermeiro com paciente acontece no ato de cuidar, como um diálogo vivido, referindo-se a uma relação existencial de presença autêntica. Dessa forma, para que essa situação ocorra é necessário *o estar com* e *o fazer com* num processo de trocas e transações intersubjetivas, voltado para um zelar do bem-estar e do estar melhor tanto do enfermeiro como do paciente. Isso acontece em um “tempo, espaço”, assim “medida e vivenciada” por ambos, “num mundo de homens e coisas” (GEORGE, 1993, p. 245).

Nas falas dos sujeitos, na subcategoria **dimensão expressiva** foi destacada que os enfermeiros precisam estar sempre presente, próximo do paciente, respeitá-lo, assisti-lo na sua integralidade de maneira humanizada, que transcende o processo de cuidar com um olhar no todo, dando-lhe mais atenção. Além de estar perto do paciente, o enfermeiro deve estar atento aos fenômenos relevantes à prática de enfermagem, ao diagnóstico médico e à elaboração da prescrição de enfermagem, como é observado no depoimento a seguir:

Para mim o cuidar é estar próximo do paciente, levantar os problemas de enfermagem, diagnóstico médico, problema do paciente. Eu posso fazer levantamento de todos, fazer uma prescrição de enfermagem, do cuidar dentro daquele que apresenta no momento. Problema de enfermagem é o controle de tudo o que possa levar a uma alteração física ou emocional, também porque está aqui há muito tempo, às vezes, o paciente está com a parte emocional muito alterada [...]. O cuidar está nisso também, na questão social [...] você conhece o paciente, o acompanhante, a gente libera o acompanhante dentro das normas. Esse é outro lado do cuidado, no meu ponto de vista ajuda muito. Então esse é o cuidado, é o problema. É o contato direto (E 1).

Para Waldow (2001b), o cuidar é entendido como atendimento, ação e comportamento que estão ligados ao tradicional ato de fazer algo, compreendido como procedimento de enfermagem. Desse modo, quando o enfermeiro expressa o cuidar no sentido de estar ali para elaborar o levantamento de problemas ou fenômenos relevantes à prática de enfermagem, percebe-se que ele irá fazer uma intervenção e/ou ajudá-lo.

Na subcategoria **dimensão expressiva**, verificou-se nas falas dos participantes a noção de cuidado também sob o ponto de vista do amparo — o dar atenção, o demonstrar consideração para com o paciente. Ao recebê-lo na unidade de internação, deve-se ter a preocupação de verificar o estado em que ele se encontra e atentar para suas necessidades básicas e, a partir daí, estabelecer qual o cuidado prioritário a ser realizado. Diante disso, o profissional tem, além de sua competência legal, a responsabilidade social e institucional, também de respeitá-lo como cidadão.

Todo cuidado dispensado ao paciente durante sua internação, priorizando suas necessidades básicas. A gente tem que verificar o estado do paciente, como ele interna, qual o primeiro cuidado que vai ser feito (E 7).

Nesse sentido, a estratégia de aproximação para com o paciente vai para além da queixa da doença, o que favorece o desenvolvimento de sentimentos de confiança nele por sentir-se ouvido em suas necessidades e expectativas (LUCENA *et al.*, 2006).

No discurso a seguir, evidencia-se uma das faces da subcategoria **dimensão expressiva** da categoria **cuidar**, a qual leva em consideração a

presença, o estar junto e o estar com, que vão além da doença. Diante disso, o enfermeiro saberá o que oferecer para atendê-lo de imediato.

Você tem que estar ali, saber tudo o que ele tem, do que ele necessita, saber os problemas do paciente, saber o que tem que fazer, que tem que dar mais atenção, assim (E 6).

Na subcategoria dimensão expressiva os depoimentos dos sujeitos supracitados, vem ao encontro com Waldow (2004), que o cuidar é realizado com compaixão, com interesse e com carinho, sendo o paciente olhado, ouvido e sentido. O enfermeiro, que é “gente que cuida de gente”, “deve viver continuamente em uma relação de ajuda”, em que os “sentimentos de solidariedade, amor e respeito” norteiem as suas ações (COSTENARO e LACERDA, 2002, p. 52; HORTA, 2005).

Ainda, nessa subcategoria, o assistir e o cuidar significam olhar o bem-estar do paciente, estar próximo dele e assisti-lo de maneira humanizada, respeitando-o no seu contexto sociocultural, na sua integralidade. Nessa perspectiva, cabe ao enfermeiro saber qual é o “modo de ser” do paciente com doença crônica cardíaca, a fim de que possa orientá-lo e ajudá-lo adequadamente. Como se constata nas falas a seguir:

Assistir de maneira humanizada, respeitando a cultura do contexto social do indivíduo, minimizando riscos (E 2).

[...] cuidar para mim é realmente ver o bem-estar dele no dia-a-dia. Sempre eu vou lá, faço a visita, converso com o paciente, me inteiro do assunto, e o cuidar para mim, assim, é observar algum mal-estar do paciente, o cuidado é estar próximo dele (E 1).

Quando se percebe que o assistir e o cuidar de enfermagem estão direcionados para além das técnicas e/ou procedimentos, conforme observados nos relatos dos participantes deste estudo, há que se rever quando esses termos foram introduzidos no dia-a-dia do profissional e de que modo foram adaptados à sua prática. Na verdade, o assistir e o cuidar são considerados na maioria das vezes como sinônimos. Ambos estão sendo utilizados neste estudo e significam ação, envolvimento, prestar atenção e viver o instante presente, considerando o paciente na sua integralidade. Mesmo assim, na definição de Horta (2005), os termos assistir

e cuidar apresentam diferenças, já que são utilizados para o atendimento às necessidades básicas. Enfim, o assistir viabiliza as ações de cuidar para atender às Necessidades Humanas Básicas, e o cuidar em enfermagem caracteriza-se pelos aspectos de ajuda, de proximidade e de ênfase no procedimento, no cuidado com material e na técnica (ações diretas ao paciente).

O termo humanização começa a ser introduzido na área de saúde no final do século XX. A humanização em saúde é definida como um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários (DELANDES, 2004). Para Pessini *et al.* (2003, p. 204), a humanização da saúde “pressupõe considerar a essência do ser, o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto, nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas”.

Na subcategoria **dimensão expressiva**, é possível observar que o cuidar humanizado torna-se indispensável ao enfermeiro, que deve ir além do estudo de caso e tratar o paciente não como um mero objeto do processo de cuidar visto que, como profissional, precisa transcender o cuidado propriamente dito. É preciso que tenha a capacidade de compreender quem é esse paciente, o que o levou a ter a doença. Isso pode ser verificado na situação expressa a seguir:

[...] eu não posso tratá-lo como um mero estudo de caso, um mero objeto, tem que ir mais além de levantar os dados, as necessidades básicas. Ele tem que ir mais além, ele tem que transcender o processo de cuidar, ele tem que ver quem é esse indivíduo que está hoje na sociedade, qual é a condição dele, o que o levou a essa doença exatamente, para que eu possa também ter uma referência de como orientá-lo, como acalmá-lo (E2).

Comentam Pessini *et al.* (2003), que os profissionais de saúde devem compartilhar com o paciente experiências e vivências, que resultem na ampliação do foco de suas ações, restritas ao cuidar, como sinônimos de ajuda para uma sobrevivência.

Na concepção humanista, o cuidar é definido por Watson apud Waldow (1998) como a proteção, o desenvolvimento e a preservação da dignidade humana, envolvendo valores, desejo, intenção e um compromisso para cuidar, além de incluir

conhecimento, ações e conseqüências. E, no sentido de transcender no cuidar, Labronici (2002) afirma que o enfermeiro precisa descobrir o sentido da sua própria existência e encontrar tudo aquilo que foi se perdendo, aprisionando e reprimindo com o passar dos tempos.

Na óptica de Horta (2005), transcender o assistir nas necessidades básicas do ser humano é ir além da obrigação, é estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada. É usar-se terapêuticamente, é doar calor humano, é envolver-se com e viver cada momento como o mais importante da profissão.

Para Paterson e Zderad apud Celich (2004), a implementação das ações do cuidado humanizado no dia-a-dia do enfermeiro implica perceber o paciente como um ser integral, apreciar seus valores, crenças, sentimentos, emoções e não apenas considerar o aspecto biológico. Desse modo, é viável trazer avanços para a Enfermagem, a partir da valorização do ser humano no seu modo de ser e de estar no mundo.

A **dimensão expressiva** do cuidar ocorre quando se presta assistência ao indivíduo na sua integralidade, quando se leva em consideração que o paciente tem uma família, responsabilidades e dificuldades. É o que se observa na fala a seguir:

É prestar assistência ao indivíduo na sua integralidade, você não pode fragmentar o indivíduo, você tem que ver o todo, você tem que ver o indivíduo na questão física tem que pensar que é um ser humano, que ele tem uma família, que tem responsabilidade, que tem a sua dificuldade [...] (E 2).

O cuidado realizado pelos enfermeiros desta pesquisa, focado na integralidade, não pode ser definido apenas como a diretriz básica do Sistema Único de Saúde (SUS), mas percebido como um conjunto de noções pertinentes a um cuidado livre de reducionismo, com uma visão abrangente do ser humano, dispensar um tratamento aos pacientes não só como doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições.

O modo como os enfermeiros devem entender e abordar o paciente baseia-se na teoria holística⁷ e integral. Nessa teoria o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado apenas por seus aspectos físicos ou psicossociais e de forma fragmentada (PINHO, SIQUEIRA e PINHO, 2006).

A subcategoria **dimensão expressiva** também é considerada como um ato de cuidar quando o enfermeiro presta um atendimento individualizado por meio do levantamento das necessidades biopsicossociais do paciente, conforme caracterizado a seguir:

Prestar atendimento ao paciente como um todo, um atendimento individualizado de acordo com as necessidades apresentadas por eles. É levantando os problemas e as necessidades do paciente, as situações necessárias para o restabelecimento, manutenção da saúde e também da parte psicológica, as necessidades básicas biopsicossociais (E 5).

Verificar as necessidades do paciente [...] o que vai precisar em casa ou como que vai ser a vida dele, até mesmo como tomar uma medicação, se sabe ler uma receita, se sabe o nome do remédio, quem é que vai atender ele, então aprender a diferenciar um comprimido do outro, aprender as orientações quanto ao cuidado dele (E 8).

Evidenciam-se nesses depoimentos traços da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, bem como o assistir ao paciente em suas necessidades básicas afetadas, que mobilizam suas forças para a recuperação da saúde e resultados de ações sinérgicas de enfermagem, a fim de que o paciente atinja seu máximo potencial de saúde (HORTA, 2005).

Outra perspectiva como ato de cuidar, configurado como o cuidar ao ser humano de forma integral, ancorado em conhecimento científico mediante os modelos tecnicista e humanista é promover a reabilitação do paciente. É o que se evidencia nas falas:

[...] é o cuidar; faz parte da reabilitação do ser, que durante uma fase de sua vida pode estar doente, o enfermeiro cuida e além de toda assistência técnica-administração de medicação, orientação, administração-você pode ter contato direto com o paciente (E 1).

⁷ Myra E. Levine desenvolveu a teoria holística de enfermagem, na qual “vê o homem como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente dinâmico” (HORTA, 2005, p. 11). Afirma George (1993, p. 326) que “o universo e, em especial, a natureza viva são acertadamente entendidos em termos de entidades interativas mais do que a mera soma das partes individuais”.

[...] tem o dever, o cuidado, todas as formas de cuidado, da melhor forma possível (E 6).

Enfermagem é cuidar. É prestar assistência integral sempre baseada em conhecimentos científicos, promovendo a melhora do paciente [...] (E 8).

Para Passos (1996), o ato de cuidar visa à preservação do ser humano, e a enfermagem é o caminho para inculcar na raça humana a arte de preservar a própria saúde. Numa visão geral, a Enfermagem se responsabiliza, por meio do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar do paciente, tendo como ação o cuidado direto ou gerenciamento de outros setores para a prestação do cuidado e promove a autonomia do paciente, mediante a educação em saúde (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

Entretanto, o enfermeiro, devido ao modelo biomédico e hospitalocêntrico que imperava/impera tanto na formação profissional quanto nos hospitais, valorizar o modelo tecnicista durante o cuidar e desconsidera os aspectos individuais e emocionais do paciente e da família. Ao basear suas ações dentro desse modelo, acaba comprometendo o ato de cuidar que, segundo Figueiredo e Santos (2004), deve ser realizado por meio da dimensão concreta do cuidar, do planejamento, da execução, da observação, do tocar em todos os sentidos, do ouvir e do comunicar-se e também baseado nos aspectos da subjetividade como: imaginação, interpretação, intuição, emoção e sensibilidade ao ambiente em que está exercendo a Enfermagem.

O enfermeiro deste estudo, quando se refere ao ato de cuidar como processo de cuidar, ancora-se num cuidado, que vai além do conhecimento científico:

Um processo de cuidar, que depende de conhecimento técnico-científico e de amor (E 1).

Essa constatação pode ser corroborada por Celich (2004) ao afirmar que o processo de cuidar é preservar a dignidade humana, também um ato que assume conotação subjetiva e focaliza procedimentos a respeito das necessidades psicossociais e espirituais, numa relação de ajuda que se expressa pela responsabilidade de cuidar do outro na necessidade de ampliar os conhecimentos, e

no reconhecimento de que o saber e a prática devem caminhar juntos. O processo de cuidar ainda, como ato de cuidar é a forma como se dá o cuidado, constitui de ações desenvolvidas “para” e “com” o ser cuidado com “base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhamentos e atitudes de cuidado [...]” (Waldow, 2006, p. 113).

Para os enfermeiros desta pesquisa, o dom de cuidar é considerado um ato de amor e dedicação. Porém, para que isso ocorra o enfermeiro deve ter conhecimento, capacitação e cuidado de enfermagem humanizado, conforme o conteúdo das falas:

[...] é um ato de amor, acho, eu sei que não é um ato de caridade, essa questão romântica que aparece, tem toda a questão científica, mas para você ser um bom enfermeiro tem que ser humano e tem que ter humanização no cuidado de enfermagem [...] (E 1).

Dedicação, amor, técnica, pesquisa, eficiência voltados ao cuidar bem daquele ser humano, que precisa de outro ser humano, porém este com treinamento e capacidade para tal assistência (E 2).

[...] a Enfermagem, acho que é você ter o dom de cuidar [...] (E 8).

Segundo Passos (1996, p. 28), “é preciso separar a enfermagem da religião, encarando-a como uma profissão não como ato de caridade”, e para que isso ocorra, há a necessidade de aprofundar os estudos metodológicos e escolher temas relevantes de Enfermagem em outras ciências para o avanço de conhecimentos específicos no cuidar de enfermagem.

No entanto, a essência de enfermagem é o cuidar/cuidado a seres humanos, família e comunidade. O enfermeiro não deve se esquecer de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade que se realiza na sua prática do dia-a-dia (ROCHA e ALMEIDA, 2000). Para Waldow (2006), as ações no cuidar do enfermeiro devem contar com a compaixão, o amor, o respeito e as atitudes de tolerância e solidariedade de forma a considerar o paciente singular e integral.

Observa-se nas falas dos sujeitos desta pesquisa que a perspectiva interação/vínculo na subcategoria **dimensão expressiva** significa proximidade e interação do enfermeiro com o paciente. Assim, constitui a criação de um elo, de uma “corrente resistente”, propiciando a ele um cenário no qual informa suas

queixas, suas manifestações emocionais, que instituem assim um clima de confiança. Por sua vez, esse profissional tem um momento ímpar ao estar com o paciente, ao usar estratégias sobre como abordar o paciente crônico cardiovascular, sob o compromisso da responsabilidade de estabelecer o vínculo profissional, como é observado nos comentários:

[...] o processo de cuidar é estar próximo dele e interagir ao ponto que ele possa ter confiança para poder reclamar sobre o que realmente ele tem naquele momento (E 1).

[...] tem que saber como lidar, como chegar num paciente cardíaco, tudo é uma manifestação psicológica que se torna importante (E 3).

Observando e escutando suas queixas, tentando sempre orientá-los e procurando sanar seus problemas (E 8).

Os depoimentos supracitados denotam que o enfermeiro tem consciência da importância de estar próximo ao paciente, da presença, da escuta ativa, do saber lidar com os fenômenos relevantes à prática de enfermagem e de estabelecer o vínculo com o paciente. Em contrapartida, é em decorrência desse cuidar que o paciente se vincula ao profissional, que tem consciência do vínculo estabelecido.

Há necessidade primordial de que os enfermeiros e profissionais de saúde se relacionem com os pacientes crônicos. Dessa forma, é importante que esse vínculo se mantenha com o passar do tempo para garantir a eles o recebimento de informações e instruções adequadas, a fim de se aprimorem os cuidados em suas condições crônicas (OMS, 2003).

O enfermeiro deve permitir ao paciente crônico cardíaco hospitalizado expressar as apreensões e o medo e criar, desse modo, uma oportunidade benéfica para ele e sua família, que poderá compreendê-lo melhor quanto aos seus sentimentos. Os pacientes com doenças cardiovasculares geralmente apresentam uma associação muito difícil entre o seu estado emocional e a capacidade de externar tais emoções. Nesses casos, a demonstração de interesse e consideração do enfermeiro pode ser favorável e promover alívio de ansiedade com o esclarecimento de dúvidas e a desmistificação de fantasias e medos (WALDOW, 2004). Além dessa ação, também é importante proporcionar cuidado de suporte emocional e controle quanto aos fatores de risco e psicossociais (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005).

Para Waldow (2001b), o processo de cuidar é uma ação interativa entre o enfermeiro e o ser cuidado, em que o profissional tem um papel ativo uma vez que desenvolve ações e comportamentos de cuidar que se iniciam antes da interação do cuidado propriamente dito e se prolongam após o término, proporcionando mudanças. Desse modo, a interação concretiza-se com eficácia.

Durante esse processo de cuidar há ações interativas entre o enfermeiro e o paciente, que reforçam a afirmação de que “sem interação inexistente o cuidado de enfermagem, por mais que isso seja idealizado e tecnicado pelo profissional” (SANTOS *et al.*, 2004, p. 7).

Por outro lado, quanto à interação/vínculo na subcategoria **dimensão expressiva**, o cuidar/cuidado traduz-se em envolvimento e doação do enfermeiro em relação ao paciente. Tal doação não se apresenta como caritativa, mas sim como uma genuína percepção de que o paciente quer ser cuidado. O profissional procura, então, estimular as forças interiores desse paciente mediante a valorização daquilo que ele mais gosta no cotidiano. Enfim, enquanto houver aproximação, envolvimento e preocupação do enfermeiro quanto à realidade do paciente, ambos vivem a relação e então o processo de cuidar acontece. Dessa maneira, o enfermeiro deve olhar para quem está mais próximo dele, cumprimentá-lo e oferecer a sua mão. Ainda, lembrar de que o processo de cuidar também está nas palavras afáveis, num sorriso amigo, num olhar de compreensão. Esse é o sentido humanístico do processo de cuidar, para que o ato de cuidar não seja meramente mecânico e sim com sentimentos e atenção. Isso pode ser verificado na fala a seguir.

[...] de envolvimento, de doação do profissional e que tem que ser respondido também pelo paciente, porque você não consegue trabalhar com o processo de cuidar para pessoa que não quer ser cuidada. Também é complicado, você vai cair no básico tradicional. Ele confia em você e você tem a responsabilidade de estabelecer esse vínculo (E 2).

Para Costenaro e Lacerda (2002), o inter-relacionamento humano é importante no momento do diálogo a dois ou em grupo: o paciente se realiza e, ao mesmo tempo, ambos certificam-se da importância de sua própria existência. O ser cuidado tem livre arbítrio em “seu querer” e no processo de cuidar e o enfermeiro precisa estar atento e receptivo para receber as informações repassadas no

momento por esse paciente. Assim cria situações de duas vias: o enfermeiro se cuida e cuida do paciente.

A maneira mais saudável para vivenciar um bom relacionamento é saber escutar os outros como gostaríamos que nos escutassem e saber escutar a si mesmo. Conforme Woods, Froelicher e Motzer (2005), é melhor ouvir que falar. Essa atitude expressa confiança ao paciente para que ele implemente a terapêutica.

Desse modo, fica evidente que tanto a **dimensão técnica** como a **expressiva** do **cuidar** não se realizam como um ato isolado. Requerem do enfermeiro uma preocupação, uma responsabilidade, um empoderamento, uma *expertise*, uma sensibilidade, uma solidariedade, um dom de cuidar e uma interação/vínculo com os pacientes portadores de doença crônica cardíaca. Busca-se, pois, um cuidado humano integral que considere o paciente como ser individual e único, sem se esquecer de que a família é força motriz para essa pessoa fragilizada. Essas duas vertentes do cuidar não acontecem isoladamente, mas dependendo do instante em que o enfermeiro e o paciente se encontram, prevalece uma com maior intensidade sobre a outra (BOBROFF, 2003).

Os enfermeiros deste estudo evidenciam que, na sua prática, não ocorre só o cuidar desses pacientes crônicos portadores de doença crônica cardíaca apenas como um ato de saber fazer, mas sim o respeito, o estar mais próximo possível deles. Ainda, o enfermeiro precisa de conhecimentos específicos e oriundos de outras ciências, também ser um profissional de saúde com direitos e deveres. Essas considerações nos remetem à próxima categoria que é a **prática do cuidar/cuidado**.

4.3 PRÁTICA DO CUIDAR/CUIDADO

A **prática do cuidar/cuidado**, na perspectiva dos enfermeiros participantes deste estudo, significa manter proximidade e tornar pessoal o cuidado para o paciente portador de doença crônica cardíaca com responsabilidade e um corpo de conhecimento próprio e de outras ciências. Neste estudo emergiram duas subcategorias denominadas **concepções de ser humano** e **concepções de Enfermagem**.

4.3.1 Concepções de ser humano

Nas **concepções de ser humano** destacam-se alguns aspectos sobre ser humano como: *ser complexo com necessidades básicas; projetado por Deus; criatura; ser pensante; doente crônico cardíaco*. O Ser complexo com necessidades básicas é aquele que precisa de cuidado, atenção e respeito com o seu corpo físico. É o que requer equilíbrio quanto aos fatores psicoemocionais, satisfação de suas necessidades básicas – fisiológica e auto-realização – e respeito como cidadão, conforme se observa a seguir:

Ser complexo com necessidades básicas, [...] tentar se equilibrar dentro da sociedade. Ser um cidadão que tem direitos e deveres (E 1).

É um ser complexo que necessita de cuidado, atenção, respeito tanto com seu corpo físico, quanto com seu bem-estar mental (E 8).

Para Boff (2004) é essencial que um ser humano seja de necessidades, pois elas devem ser satisfeitas e vêm dotadas de sacralidade, porque ele é um sujeito de direitos e deveres inalienáveis. Portanto, é indispensável olhar o ser humano como um bem maior do universo, sendo que a vida dele é “o valor inviolável que precisa ser respeitado em todas as situações” (BETTINELLI, WASKIEVICZ e ERDMANN, 2003, p. 232-233).

Afirma Figueiredo e Santos (2004) que o ser humano complexo com necessidades básicas fisiológicas, é um ser vivo complexo de regulamentação que lhe permite homeostase, valores constantes de temperatura, de pH e de todos os elementos, que constituem o seu meio interno. Segundo Horta (2005), o ser humano tem necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais, que estão relacionadas. São comuns a todos os seres humanos e tanto variam as suas manifestações como as maneiras de satisfazê-las ou atendê-las. No contexto do cuidado, é necessário manter um olhar na integralidade do ser humano mediante o equilíbrio entre o corpo, mente e espírito (BOFF, 2004).

O ser humano ainda para os participantes é projetado por DEUS, é uma obra “divina”, a mais bem projetada e elaborada pelo criador do universo, Deus.

Essa obra é formada pelo corpo físico, psicológico, pelas emoções e pela alma, diferenciada pelo sexo e cultura.

Diante disso, quando o enfermeiro cuida desse ser humano, deve fazê-lo com amor, carinho e respeito, uma vez que ambos são seres semelhantes. O profissional também considera o paciente do ponto de vista cultural, sexual e etário. As falas a seguir ilustram essa prática do cuidar/cuidado:

[...] a mais bem projetada obra e elaborada pelo criador do universo, Deus, uma criatura “divina” não há ninguém diferente de mim. [...] Quando o profissional vai cuidar dessa pessoa deve inserir amor no seu cuidado, tem sempre que olhar o outro como igual a você, que está em suas mãos por obra e graça do próprio Deus, então vamos cuidar com carinho, vamos cuidar com amor (E 2).

[...] somos todos semelhantes, é claro, não somos todos iguais, cada um tem a sua diferença individual, mas somos semelhantes, que o próprio Deus disse [...] (E 3).

O ser humano é uma obra “divina”, complexa, é formada de corpo físico, psiquê, alma, com emoções diferenciadas de acordo com o sexo, idade, cultura (E 5).

Quando a pessoa é um ser de cuidado, sua essência se encontra no cuidado. É preciso colocar o cuidar em tudo o que se faz, pois este é uma característica singular do ser humano. Ainda, o ser humano apresenta a capacidade de abrir diálogo com Deus e de cultivar o espaço divino, pois O sente em seu interior na forma da presença que o acompanha e que o ajuda tanto em momentos em que está bem como naqueles em que se encontra com dificuldades, em que está se sentindo mal (BOFF, 2004). Para Waldow (2006, p. 45) “a criação do ser humano à imagem de Deus significa correspondência com a qual Ele poderia falar”.

Ao mencionar a criatura, o participante desta pesquisa não se refere a um ser vivo irracional, mas a um ser vivente que tem sentimentos, emoções, a um ser de cuidado preocupado com a família, que passou por dificuldades e está em um momento de fragilidade.

No depoimento abaixo o sujeito desta pesquisa, reconhece o ser humano no paciente que ele cuida. Conforme Waldow (2004), os pacientes necessitam se sentir seguros quanto ao que estão fazendo por eles. A situação pode ser evidenciada na fala a seguir:

A criatura vivente [...] ali está uma criatura que chorou, que viveu, que sorriu, que passou todas as dificuldades, que gerou filho e que cuidou da família e que está num momento frágil (E 2).

Para Horta (2005), o ser humano necessita de cuidados de outros seres humanos em qualquer fase de seu ciclo vital e do ciclo saúde-enfermidade. A pessoa que está doente deixa de ser como era antes e torna-se um paciente. Dessa forma, apresenta um novo pensamento sobre quem é, sobre o que gostaria de ter sido, sobre a importância da família, o significado das coisas, o viver com os outros (WALDOW, 2004).

O ser humano é capaz de colocar-se diante de situações da vida no dia-a-dia e, conforme Waldow (2004), de relacionar-se de forma a promover o crescimento e o bem-estar de outro ser humano. Possui a capacidade de harmonizar seus desejos de bem-estar em detrimento de seus próprios atos e dos outros.

Por outro lado, o ser pensante, na subcategoria **concepção de ser humano**, é aquele que pensa, que fala. É dotado de sentimento, inteligência, vida própria, costumes, estilo de vida, de capacidade de resolver problemas e tomar decisões. Esse ser humano merece ser cuidado com amor, carinho, respeito e ser considerado como um semelhante, visto que num futuro que sabemos ser incerto, o enfermeiro poderá encontrar-se em condições semelhantes, com a saúde fragilizada, como paciente, que expressam as falas:

Ser humano para mim é ser gente e tratar todos com amor carinho e respeito e ter pessoas como seus semelhantes e saber que em quaisquer condições que se encontra uma pessoa, amanhã poderá ser você. [...] é o dotado de sentimento, de inteligência, de capacidade de resolver problema, de tomar decisão (E 3).

Um ser que pensa, tem vida própria, costumes, crenças, estilo de vida que deve ser respeitado (E 4).

O ser humano é uma pessoa que tem vida, que pensa, que fala, que é uma pessoa importante para mim. O ser humano é uma pessoa importante (E6).

Para Figueiredo e Santos (2004), o ser humano é livre, pensa, tem dúvidas, direitos, deveres para consigo e para com os outros, pois é no ato da percepção, representação, decisão, comportamento e afetividade que se constitui de energia humana, manifestada no sonho, reflexão e desejo.

Quando o ser humano for provido de livre arbítrio, de tomada decisão em relação ao seu tratamento, a sua mudança de estilo de vida, essas atitudes propiciam ao enfermeiro um cuidado individualizado de ações educativas quanto à promoção de saúde, para esse ser humano acometido por doença crônica cardíaca.

Para Waldow (2004), o enfermeiro deve buscar a compreensão, ou seja, colocar-se no lugar do paciente, mostrar-se solidário, interessado, presente, disponível, ter compaixão e saber ouvir, ter misericórdia, humildade e amor que são algumas atitudes e sentimentos que representam o cuidado humano mais visível.

O respeito pelo ser humano é fundamental e centra-se na autonomia do paciente, e o enfermeiro deve ter consciência de que, independentemente da classe social, gênero, idade, profissão, religião, os direitos devem ser garantidos igualmente (HUMEREZ, 2002). Dessa forma, o homem pode transformar o meio em que vive e a si mesmo, na medida em que exerce sua capacidade criativa e atua como processo de construção nas relações sociais nas quais se insere.

Na subcategoria **concepções de ser humano**, o doente acometido de doença crônica cardíaca é o ser humano e/ou paciente portador de problemas cardiológicos irreversíveis há muitos anos, o qual necessita de cuidados de enfermagem, tratamento contínuo e consultas médicas periódicas, como pode se constatar nas falas a seguir:

Paciente que apresenta um quadro degenerativo das funções cardiovasculares, com evolução lenta até a insuficiência cardíaca total (E1).

É o ser humano que necessita de assistência médica e de enfermagem devido a um agravo físico permanente do sistema cardiovascular (E 2).

Paciente que tem sofrimento pela patologia, que faz tratamento continuado e consulta periódica (E 3).

Paciente que manifesta problema cardíaco há muito tempo, com tratamento clínico (E 4).

Pacientes portadores de problemas cardiológicos, que necessitam controle e assistência continuamente (E 5).

É um paciente que possui há muito tempo, o problema, a doença, um tipo específico de doença (E 6).

Pacientes que têm um diagnóstico de patologia, cardíaca e reinternam várias vezes para compensação do quadro clínico (E 7).

O paciente que apresenta qualquer cardiopatia irreversível, que poderá tratar por muitos anos e sempre irá necessitar de cuidados específicos (E8).

A doença crônica cardíaca desenvolve-se com o tempo e na maioria das vezes, é o resultado de uma incapacidade crescente de compensar os mecanismos fisiológicos. Desse modo, o melhor meio de controlar essa doença é a detecção precoce e tratamento de fatores de risco, com a finalidade de assegurar não só o cuidado preventivo do paciente como também prevenir as complicações (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005).

4.3.2 Concepções de enfermagem

Na subcategoria **concepções de enfermagem** destacam-se algumas perspectivas como: *profissão, categoria profissional, equipe, ciência e arte e ações baseadas nas necessidades do paciente.*

A profissão é entendida como dotada de obrigações, direitos e responsabilidades, pois cuida da vida de seres humanos desde o nascimento até a morte. Um erro do profissional poderá ser fatal para o ser humano, portanto responsabilidade e competência são fundamentais à essa profissão. O enfermeiro precisa estar vinculado ao órgão de classe que regulariza a profissão e respeitar seu Código de Ética. Essas considerações são observadas nos depoimentos a seguir:

[...] o profissional tem que estar vinculado a um órgão superior, que legaliza essa profissão, é um grupo de gente capacitada, formada, que cuida de outras pessoas, são profissionais, é uma profissão (E 2).

É uma profissão como outra qualquer dotada de obrigação direito e responsabilidade com um diferencial, que se trata de cuidar de vida, um erro pode ser fatal, isso aumenta a responsabilidade profissional (E 3).

Enfermagem para mim é uma profissão que cuida, que tem como dever o cuidar do paciente, do cliente. É uma profissão (E 6).

O convívio entre seres humanos suscita a necessidade de regras, obrigações e deveres que padronizem e regulamentem a convivência entre as pessoas, mediante a formalização de leis, que ancoram o cotidiano do cidadão e ditam as normas quanto aos aspectos civil, penal e constitucional e especificamente quanto às profissões. Quando se editam as leis profissionais, essas visam normatizar os direitos e deveres do profissional, bem como especificar a execução das atribuições que são de interesse da sociedade (KLETEMBERG, 2004). Ainda, Freitas (2005) afirma que é dever ético do enfermeiro evitar riscos desnecessários aos pacientes.

É importante que o enfermeiro conheça, além da legislação geral, a legislação específica da profissão, pois, conforme Freitas (2005), esse conhecimento possibilita a criação ou extinção de direitos e obrigações e sabe-se que ninguém está isento do cumprimento da Lei, mesmo que alegue desconhecê-la.

O enfermeiro desenvolve suas ações de cuidar direta ou indiretamente e procura atender a todos os fenômenos relevantes à prática de enfermagem que é necessária ao paciente. Segundo Moreira (2005), esse profissional passa por um processo formal de aprendizado em ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por ato normativo e, ao término do curso, recebe diploma e titulação. Tais questões podem ser observadas nos depoimentos:

Um profissional qualificado que trabalha em todos os aspectos necessários do ser humano [...] (E 2).

Um profissional enfermeiro, profissional com certeza, Enfermagem é uma profissão que cuida [...] o enfermeiro cuida [...], cuidador [...] (E 1).

Para laborar na Enfermagem é de consenso que, além da formação universitária, o enfermeiro precisa gostar do que faz e ter perfil para a profissão. Os profissionais dessa disciplina desenvolvem suas ações de cuidar nos âmbitos curativista, preventiva, educativa e/ou gerencial nas áreas como hospitalar, Unidade Básica de Saúde (UBS) e participam em programas de saúde, seja na promoção à saúde ou gerenciando esses planos com enfoque profissional e com remuneração, mas não como em forma de caridade, como se evidencia nas falas:

Ninguém trabalha de graça, ninguém faz caridade e nem como o da história anterior. Somos profissionais, a área é bem discriminada, do meu ponto de vista, só trabalha nela quem gosta muito e tem que ter perfil [...] (E 1).

É uma profissão como outra qualquer, realmente presta cuidados, presta assistência, orientações, administra uma unidade, ou seja, no Hospital, na Unidade Básica de Saúde, pode participar de outros programas de saúde, indiferente de prestação de cuidado direto ou indireto (E 4).

A profissão de Enfermagem apresenta uma visão ampla da saúde no contexto social, a qual transcende as práticas médico-hospitalares. É fundamental que o enfermeiro alcance uma representatividade social e que adote posturas críticas, reflexivas e pró-ativas no cenário de sua prática.

O enfermeiro é quem gerencia o cuidado de enfermagem com uma visão que integre e acolha os valores, direcionando-os para as necessidades dos pacientes. Ainda, é importante que ele ocupe os espaços de discussão e de negociações estratégicas para a garantia do cuidado (ROSSI e SILVA, 2005). Esses valores também devem ser extensivos aos familiares e comunidades.

Ao atuar na Enfermagem, torna-se um desafio para o enfermeiro posicionar-se como um agente transformador da realidade. É preciso que ele tenha olhares amplos e abrangentes da saúde, que busque conhecimentos nos diferentes espaços de atuação, que se insira em todos os campos sociais e que aja como ser politizado, consciente de suas atribuições e responsabilidades, assim transformador das condições de saúde do ser humano.

Enfim, para que tenha um resultado eficaz precisa ancorar-se no corpo de conhecimento em cada área de atuação, na responsabilidade com cada membro de sua equipe e no compromisso com seus pacientes, família e comunidade.

A perspectiva categoria profissional, para os participantes caracteriza-se pelo conjunto dos profissionais de enfermagem que, com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, constitui-se numa equipe que desenvolve ações e presta cuidados profissionais a pacientes/clientes, famílias e comunidades, como evidencia nas falas:

É um grupo de profissionais tecnicamente capazes inseridos para prestar cuidado profissional (E 2).

[...] enfermeiro, auxiliar, técnico, um ser humano, que estudou para cuidar do outro ser humano [...] (E 7).

Nesse aspecto, cabe ressaltar que o Decreto nº 94.406/87 regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional e define o papel de cada membro da equipe de enfermagem (COFEN, 2002). Para Costenaro e Lacerda (2002), a habilidade técnica e o conhecimento teórico agrupam-se à cientificidade do fazer profissional e geram o cuidado profissional.

A Enfermagem é considerada a maior força de trabalho em cuidados à saúde, sendo um grupo de profissionais bem distribuídos e que têm vários papéis, funções e responsabilidades. Os enfermeiros propiciam cuidados aos seres humanos, famílias e comunidades na promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento a pacientes crônicos e agudos e reabilitação (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

O aspecto equipe, na visão dos participantes, traduz-se na equipe de enfermagem e também em equipe de saúde, pois cada colaborador de enfermagem presta cuidados profissionais diuturnamente durante 24 horas em Instituições de Saúde públicas ou particulares. O profissional de enfermagem mantém contato com os pacientes e familiares e procura discernir quanto às necessidades dele, mediante a execução das ações de cuidados e práticas educativas. Tais situações evidenciam-se a seguir:

A enfermagem é a equipe que está presente durante as 24 horas de um paciente em Instituição de Saúde e por isso em contato com o paciente, podendo ter capacidade de discernir as necessidades mais importantes para o cuidado da pessoa e orientação de seus familiares (E 5).

O trabalho em equipe é requisito vital para a obtenção de resultados quando se considera o ser humano como um grupo sinérgico, que tem propriedades e qualidades coletivas que separadamente não manifesta. A equipe deve ser orientada pelo enfermeiro para obtenção de uma única meta que é o cuidar, mas a busca dessa meta pode sofrer interferências se não houver um espírito de equipe e união. Ainda, o trabalho em equipe se constitui em um instrumento básico de enfermagem (CIANCIARULLO, 2005). Quando cada membro da equipe realiza suas competências profissionais com segurança e negocia dentro de um caráter de

empreendedorismo, com conhecimento técnico-científico e respeito ético e moral, contribui para a transformação sociopolítica da Enfermagem.

No que se refere a ciência e arte, a Enfermagem é evidenciada dentro de suas diferentes especialidades, cuja prática é baseada nas pesquisas. Cada membro da equipe de enfermagem desenvolve suas competências embasadas em conhecimento científico, tendo o enfermeiro como gerenciador e moderador do cuidar/cuidado, pois a convicção e o prazer são as melhores maneiras de se sentir bem. Isso pode ser demonstrado a seguir:

[...] a Enfermagem é uma especialidade, baseia-se na ciência, na prática da assistência desenvolvida pela pesquisa, cada profissional desenvolve-se dentro da sua capacidade, de sua hierarquia e cada um dentro do seu desenvolvimento [...] (E 2).

[...] Enfermagem tem que ter embasamento científico, não faz nada por fazer, para desenvolver ações do cuidado ao paciente [...] (E 7).

Salienta-se que a enfermagem, como ciência, busca conhecimentos específicos, organizados e sistematizados em teorias e modelos de estrutura, que visam descrever, explicar e prever fenômenos relevantes à disciplina de Enfermagem. Além disso, as teorias evidenciam-se várias abordagens e definições quanto ao seu uso e a sua utilização, servindo de guia para a prática dos enfermeiros (CIANCIARULLO, 2001). Ainda, como ciência, a enfermagem evidencia-se por meio da aplicação de conhecimentos sistematizados e instrumentalizados pela arte (CARRARO e WESTPHALEN, 2001). Como arte, a Enfermagem é uma forma de expressão cultural, de comunicação que expressa sentimentos. Ao realizar o cuidar e ao se relacionar com o outro, dispõe-se a conhecer e a vivenciar os sentimentos (WALDOW, 2006). Ainda, da ciência e da arte da Enfermagem, surgem ações que são compreendidas como cuidar-educar-pesquisar, as quais estão ligadas entre si. Essas ações compõem as competências do enfermeiro (DAHER, SANTOS e ESCUDEIRO, 2002).

O enfermeiro ao fazer uso do método científico em enfermagem fortalece a profissão como ciência. É da competência desse profissional desenvolver raciocínios, conceitos e julgamentos para que seja capaz de articular argumentos e demonstrar soluções para a construção de conhecimentos de enfermagem (SAMPAIO e PELLIZZETTI, 2005).

A prática de enfermagem tem como essência o cuidar/cuidado. Segundo Bittes *et al.* (2005), o cuidar baseia-se nos princípios científicos, não se restringe aos procedimentos técnicos, mas incorpora outras ações do processo de cuidar, e a capacidade de tomada de decisões da equipe de enfermagem diz respeito relativo às ações de cuidados, ou seja, ao cuidar das necessidades básicas do paciente, família e comunidade.

Os enfermeiros relatam que a Enfermagem deverá estar embasada em conhecimento científico e que cada profissional desenvolve sua prática em um único corpo de conhecimento – as ciências biológicas. Atualmente, é importante o enfermeiro incorporar outras ciências no seu saber científico como as sociais, humanas, tecnológicas, dentre outras, a fim de aplicá-las na sua prática, no ensino e na pesquisa. Além dessa fundamentação científica, Lacerda, Zagonel e Martins (2006) afirmam ser importante a percepção do significado do momento do cuidar entre o profissional e o paciente no sentido de se realizar uma ação significativa, considerada arte.

De acordo com os enfermeiros entrevistados, o aspecto ações baseadas nas necessidades do paciente são embasadas no cuidado do paciente com doença crônica cardíaca, a fim de atender suas especificidades. Esse cuidado ocorre mediante avaliação das necessidades à saúde de maneira integral e leva em conta as diferenças dos doentes.

O enfermeiro, durante a prática do cuidar, deve procurar trazer à prática as pesquisas feitas com o objetivo de obter resultados com efetividade, o que contribui na melhoria do processo de cuidar. Ainda, o envolvimento do profissional no cuidado ao paciente crônico cardíaco pode levá-lo a apresentar alterações psicossociais como o estresse, uma vez que tem preocupações com esse paciente. Mesmo assim ele deve estar sempre atento para poder intervir em prol do paciente. As falas a seguir confirmam essas observações:

É personalizar o atendimento, porque eu não posso padronizar certas coisas, pois as pessoas são diferentes. Dar um retorno para que se sintam aqui não só mais um. Cada um vê a sua doença de um tamanho, então eu me preocupo, tem dia que estou estressada (E 1).

Entendo por processo um conjunto de ações, atividades, levantamento e pesquisa que te levam a obter um resultado. Essa pesquisa estaria diretamente relacionada ao cuidado. Esse tem que se processar de maneira integral, não pode fragmentar o indivíduo porque seria chocar com a palavra

processo [...] o processo de cuidar significa conjunto de ações e de pesquisa (E 2).

No processo de cuidar tem que saber o quê o paciente tem, quais os sintomas, saber dos cuidados que tem aquele paciente, geralmente esse paciente tem um monte de problemas, tem que estar sempre atento para poder intervir nesse paciente (E 6).

O profissional, ao personalizar o atendimento ao paciente, proporciona um cuidado de forma individual, que é embasado em conhecimento, a fim de que possa intervir a qualquer momento. Para que o processo de cuidar ocorra há um desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado em prol do paciente, no sentido de promover, manter e recuperar a dignidade humana. Além, de possuir esses atributos, o enfermeiro deve perceber a situação e o paciente com um todo. Quando isso acontece, o pensamento crítico, por meio da reflexão, inicia o processo, estabelecendo-se o começo da ação do cuidador (WALDOW, 2005).

Entretanto, é necessário indagar o paciente regularmente para saber se ele tem quaisquer preocupações ou dúvidas quanto ao seu tratamento, visto que deve ser orientado pelo enfermeiro a procurar uma terapêutica ou prosseguir-la (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005).

O aspecto ações baseadas nas necessidades do paciente demonstra ainda a avaliação dessas necessidades por meio da qual se realiza a orientação da equipe de enfermagem, para que ofereça os cuidados conforme o levantamento dos fenômenos relevantes à prática de enfermagem, dentro da cientificidade. Isso pode ser observado no comentário:

Avaliar as necessidades dos pacientes e através delas orientar a equipe para os cuidados de acordo com as necessidades levantadas na avaliação [...] e o processo é um levantamento de tudo aquilo que ele necessita [...] assim, que é mais abrangente que você vai levantar os dados, levantar as necessidades [...] (E 5).

A realidade prática, conforme o depoimento dos enfermeiros desta pesquisa, mostra que a avaliação pode ser interpretada, por meio do levantamento das necessidades do paciente, num processo contínuo e sistemático. Essa avaliação global do cuidado de enfermagem é considerada instrumento básico que envolve a

estrutura e o resultado das ações. Diante disso, quando a avaliação sistemática é desenvolvida durante o processo de cuidar, podem ser feitos ajustes antes que ocorram resultados insatisfatórios para o paciente e o enfermeiro (ZANEI *et al.*, 2005). Para a Organização Mundial de Saúde (2003), sem as evidências científicas que orientem o tratamento, as intervenções (cuidados) efetivas correm o risco de ser excluída, e os pacientes continuarão submetidos a intervenções reconhecidamente ineficazes. Da mesma forma, a atenção às condições crônicas deve ser coordenada, adotando-se como referência as evidências científicas para orientar a prática.

Ainda, o aspecto ações de enfermagem, baseadas nas necessidades do paciente, é aquele que ocorre durante a hospitalização do paciente com doença crônica cardíaca. É o momento em que ele deve receber todo o cuidado e ter preservadas as suas necessidades básicas como as fisiológicas, de segurança, as sociais, de afeto e auto-estima, a fim de o paciente tenha um internamento sem intercorrências psicossociais. Essas ações são mencionadas nos depoimentos abaixo:

O cuidado dispensado ao paciente durante sua internação, sempre preservando as necessidades básicas do mesmo. Tem que se inteirar de tudo, se está recebendo os cuidados que ele precisa no momento (E 7).

O processo de cuidar para mim vai desde o momento que o paciente se interna, até que você descobre que ele é cardíaco, muito tempo no internamento, até a pós-alta (E 3).

O processo de cuidar é o momento em que o enfermeiro identifica a necessidade de cuidado e os meios disponíveis para que ele o realize, sendo esse instante o início da ação do enfermeiro. Essa ação inclui a interação interpessoal, o oferecimento de um ambiente adequado, a expressão de aceitação do paciente e da família, o estar presente, a empatia e a demonstração de segurança e eficiência no desempenho das ações (WALDOW, 2006).

Outro aspecto que se destaca na perspectiva ações baseadas na necessidade do paciente, é a tomada de decisão do enfermeiro quanto ao momento de liberar o paciente para que possa fazer por si só. Essa atitude do enfermeiro contribui para que o paciente tenha uma melhor aceitabilidade, confiabilidade e adesão ao tratamento, não retornando com maior frequência aos internamentos.

É avaliar, verificar a real necessidade dele, tem que ver a realidade daquele paciente, uma hora que dele precisar fazer por si, eu acho que o cuidar está no processo de cuidar (E 8).

Uma das funções do enfermeiro na área específica, conforme preconizado por Horta (2005), é assistir o ser humano em suas necessidades básicas e ensinar-lhe o autocuidado. Dessa forma, possibilita aos pacientes cuidar de si mesmos, com o auxílio de informações e materiais educacionais criteriosamente elaborados (OMS, 2003).

Nas subcategorias **concepções de ser humano** e **concepções de Enfermagem**, evidencia-se que os sujeitos deste estudo utilizam o termo cuidar/cuidado e assistir/assistência como sinônimos. Quando eles e sua equipe realizam esse cuidar/cuidado, constata-se que vivenciam o processo de cuidar: estar presente, dar mais atenção, interagir, não fragmentar o paciente, prestar orientações para que o paciente crônico cardíaco se autocuide, avaliar as condições do paciente tanto no aspecto biológico quanto no aspecto emocional e, por fim, o fazer com que as pesquisas sejam aplicadas no cotidiano do enfermeiro. Com isso, os resultados efetivos de suas ações podem contribuir para um avanço técnico-científico na Enfermagem.

A prática do cuidar é efetiva e humana uma vez que é oferecida a pacientes que são seres integrados e integradores, ativos e com sentimentos. O enfermeiro, “para atingir sua plenitude de ação, subtranscende-se e pode assim alcançar os níveis mais elevados” do assistir ao ser humano, respeitando-o, mantendo-lhe a “unicidade, autenticidade, individualidade” e reconhecendo-o “como elemento participante ativo no seu autocuidado” (HORTA, 2005, p. 4-31). Para Costenaro e Lacerda (2002), o ser humano necessita ser cuidado por si mesmo, ou por familiares, ou por colegas da equipe de trabalho que estão bem habilitados e preparados para cuidar, imbuídos de momentos de competência técnica, científica e humana.

No século XXI, o enfermeiro necessita de um olhar crítico, desafiador e transformador mediante a **promoção à saúde**, estratégia de Política de Saúde para as populações mundiais, que será apresentada na próxima categoria deste estudo.

4.4 PROMOÇÃO À SAÚDE

A categoria **promoção à saúde**, destacada neste estudo, tanto em sua definição quanto em sua aplicabilidade tem sido, mundialmente, foco de atenção dos profissionais da saúde, em consequência da predominância das doenças não-transmissíveis, principalmente das doenças cardiovasculares, visto que a promoção à saúde oferece aos doentes possibilidades transformadoras em seus hábitos de vida. Essa categoria é considerada “como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida” (BRASIL, 2006a, p.12).

Neste estudo, os enfermeiros trazem alguns aspectos sobre a categoria **promoção à saúde** como sendo o preparo do paciente para a qualidade de vida, que foram distinguidos em cinco subcategorias: **educação à saúde, orientação, concepção de saúde, concepção de doença crônica cardíaca e ambiente**.

Nas falas descritas dos enfermeiros existe uma inferência significativa da palavra “orientação”, que pode ser vista sob duas circunstâncias. A primeira é **educação à saúde**, na qual o enfermeiro promove o conhecimento ao paciente crônico cardíaco, mediante a troca de informações que são, conseqüentemente, apreendidas pelo enfermeiro, paciente e por sua família. Nesse processo há respeito pelas crenças e valores dos envolvidos no contexto. A segunda situação é a **orientação** propriamente dita, em que se transmitem informações para o ser cuidado e seus familiares. Portanto, essas subcategorias ficaram evidenciadas em seus depoimentos.

4.4.1 Educação à Saúde

A **educação à saúde** vai além do cuidar imediato. Estende-se à educação que promove o desenvolvimento do conhecimento mediante o aprender e o

apreender, para buscar as transformações dos hábitos de saúde do paciente com doença crônica cardíaca, as quais lhe proporcionarão qualidade de vida. Tal procedimento abarca uma grande variedade de condições externas e internas e, apesar de inúmeros avanços tecnológicos, que permitem prolongar suas vidas, nem sempre esses avanços produzem a impressão qualificável.

O enfermeiro procura desenvolver ações para a saúde do paciente com doença crônica cardíaca de forma lúdica para que o emocional esteja em sincronia com a dimensão física. Desse modo, também propicia às famílias condições para que sejam coadjuvantes não só na prevenção e na manutenção, mas também na reabilitação desses pacientes. Essas ações evidenciam-se nos depoimentos a seguir:

Orientações que possam melhorar a qualidade de vida dos pacientes crônicos cardíacos (E 1).

[...] a educação e orientações preventivas, que busquem as transformações dos hábitos causadores deste agravo, [...] quando dão a alta eu tentaria buscar algo de que ele gostasse, por exemplo, trabalhar com ele de uma maneira que não fosse imposta, mas trabalhar o emocional dele; vamos trabalhar de uma forma alegre, divertida, talvez grupos de assistência, onde as pessoas podem falar e ouvir as outras (E2).

Cuidados básicos e específicos, orientar quanto a seus costumes, dieta sempre foca o paciente é uma forma de que a gente tem que fazer o máximo possível para retornar o paciente em uma sociedade, tirar o paciente, tem que procurar saber primeiro qual é o meio social dele, cuidados básicos, por exemplo, é você fazer com que o paciente tome a sua medicação nos horários certos, que tenha seus bons hábitos, alimentação no horário certo, alimentação dele conforme a dieta, fazer com que se torne o mais autônomo possível pra tirar a dependência do paciente (E 3).

Que mantenham o paciente estabilizado na sua doença desde a prevenção, orientar a família, o paciente em casa (E 4).

De acordo com Silva *et al.* (2005), o enfermeiro necessita estar comprometido com a qualidade de vida do paciente. Para tanto deve procurar estratégias que favoreçam a ele um viver mais saudável, apesar de ele ter uma doença crônica. Para Martins, França e Kimura (1996), referem-se ao cuidado a ser prestado e dependerá da percepção que o paciente e seus familiares têm da doença e do significado que a experiência tem para eles.

Os pacientes necessitam de uma atenção integrada que envolva: tempo, cenários de saúde, cuidadores e treinamento para se autogerenciarem em sua casa, a fim de realizarem seus cuidados, que são fatores importantes para a qualidade de vida (OMS, 2003).

Quanto à qualidade de vida, Rocha (2007) a considera um componente essencial do cuidado de enfermagem e uma das principais responsabilidades do enfermeiro, pois todo o contato do enfermeiro com o paciente, estando ele doente ou não, deveria ser considerado uma oportunidade de educação à saúde. Contudo, o paciente tem o direito de decidir se quer aprender ou não e cabe ao profissional apresentar as informações que irão motivá-lo quanto à necessidade de aprender.

A educação à saúde é de responsabilidade do enfermeiro e tem como objetivo básico aumentar o conhecimento do paciente na expectativa de que a mudança de comportamento ocorrerá. Também avaliar as necessidades e os desejos de apreensão do paciente e da sua família. No entanto, a associação entre a troca de informação pelo enfermeiro e o comportamento do paciente é pequeno. Para tal, sugere-se que a educação em saúde agregue intervenções educacionais suplementares com estratégias comportamentais, aumentando a efetividade da intervenção de ensino (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005).

Por outro lado, o enfermeiro capacita não só o paciente portador de doença crônica cardíaca, mas também a família por ocasião da internação e da alta, uma vez que é um elemento fundamental e motivador durante o regime terapêutico dele. Essa ação é realizada não só por meio de palestras, mas também nas reconsultas e nos programas de saúde. O que pode ser conferido nas falas seguintes:

Orientação aos pacientes e familiares durante a internação e na ocasião da alta [...] [...] venha fazer a reconsulta, que não abandone o tratamento, inscrever no Posto de Saúde, nos programas [...] (E 7).

Manter o paciente sempre orientado sobre sua doença, orientar sobre seus costumes e cultura [...] [...] fazer palestras [...] (E 3).

Quando o paciente recebe “informação e capacitação sistemáticas para reduzir os riscos à saúde”, é provável que reduza o uso de substâncias nocivas, que

coloque em seu cardápio alimentos saudáveis que pratique atividades físicas, que pare de fumar e mantenha relações sexuais seguras (OMS, 2003, p. 48).

Durante os dias de recuperação, são úteis, para a adaptação do paciente e de sua família, o entendimento e a valorização da educação à saúde para a manutenção da estabilidade clínica. O enfermeiro tem um papel fundamental na educação à saúde no que diz respeito ao ensinar, reforçar, melhorar e avaliar as habilidades do paciente para o autocuidado como o controle do peso, restrição de sódio, atividade física, o uso contínuo da terapia medicamentosa, a monitorização de sinais e sintomas, elementos que pioram a doença cardiovascular. Além disso, cabe a ele também orientá-lo para que procure a equipe de saúde regularmente (RABELO *et al.*, 2007). Caso os pacientes não absorvam ou retenham tais informações sobre o autocuidado, as “orientações necessitam ser fornecidas de modo repetitivo e reforçadas de maneira positiva” (RABELO *et al.*, 2007, p. 2). Com isso o enfermeiro contribui para que os pacientes com doença cardiovascular melhorem o seu conhecimento ao aprenderem sobre a sua doença, o que os leva a aderir mais facilmente ao regime terapêutico.

Na educação à saúde, a intenção é também promover a mudança de comportamento do paciente e da família, para que tomem consciência e saibam o quão importante é a redução dos fatores de riscos. Outro aspecto relevante é o fato de que o paciente crônico cardíaco precisa saber realmente sobre a sua doença. Isso o ajudará a ter atitudes positivas e estimulantes que contribuam sobremaneira no controle do seu peso, da sua alimentação, que deve ser equilibrada saudável, e na realização adequada das suas atividades físicas. Diante dessas ações, evidencia-se que a promoção à saúde ainda é a melhor prescrição de enfermagem.

Tendo em vista a **educação à saúde** quanto aos hábitos como a dieta e o tabagismo dos pacientes com doença crônica cardíaca, o enfermeiro cuida por meio de ações educativas junto a esses pacientes, no que se refere aos malefícios dos fatores de risco, considerados agravantes para as doenças crônicas cardíacas. Nesse caso, são mencionados somente dois fatores de risco, mas o profissional tem conhecimento de outros, como a elevação do nível de colesterol, distúrbios do metabolismo lipídico, sedentarismo, pressão arterial elevada, os quais influem no aparecimento deles, alterando a expectativa de vida desses pacientes. No entanto, se eles forem bem orientados e controlados quanto aos fatores de risco e se

respeitam os próprios costumes, não apresentam grandes riscos. Essas observações estão expressas no relato a seguir:

[...] Orientação mais na questão dos costumes deles, na dieta, por exemplo, que o cigarro é prejudicial; se for o caso, até mesmo orientar dieta (E 3).

Nas ações educativas dos costumes, principalmente, quanto à combustão do fumo, como acontece no cigarro, sabe-se que este libera significativa quantidade de radicais livres de oxigênio, que quando inalados, produzem peroxidação lipídica e lesão endotelial que são prejudiciais aos pacientes cardiovasculares comprometendo as coronárias e conseqüentemente, a qualidade de vida (FRANÇA, 2002).

O enfermeiro também promove a saúde com determinadas práticas educativas, no sentido de prevenir os sintomas e agravos possíveis: mudanças de hábitos, promovendo uma alimentação saudável, controle do nível de estresse e atividade física. Com esses cuidados no sentido de transmitir informações ele oferece condições para que o paciente crônico cardíaco tenha saúde. Os depoimentos exemplificam essas situações:

Orientação quanto à prevenção dos sintomas e agravos possíveis através de mudanças de hábitos, como alimentar, controle de nível do estresses, melhora a qualidade de vida; você promove a saúde quando você dá condições para aquela pessoa ter saúde [...] (E 2).

Orientação com relação à atividade física, alimentação para que ele possa restabelecer e manter as condições físicas em bom estado, que possa ser controlado a doença cardíaca (E 5).

Nesses depoimentos, fica evidente a promoção à saúde por meio da orientação como uma prática educacional sob a óptica de mudança do comportamento saudável do paciente. A Organização Pan-Americana de Saúde (2003b) afirma que já foi comprovado que a mudança nos hábitos alimentares e na atividade física pode influenciar fortemente os vários fatores de risco da população e que a promoção global dessas mudanças é prevenir doenças crônicas e assim promover a saúde da população.

Ficou evidente nos discursos dos sujeitos deste estudo que o enfermeiro, além de realizar a **promoção à saúde** por meio da **educação**, é um agente educador e ao realizar a orientação para a promoção é um agente orientador. Esse último aspecto será apresentado na seqüência.

4.4.2 Orientação

Conforme o depoimento dos sujeitos, a orientação visa promover a saúde do paciente com doença crônica cardíaca, orientá-lo nas alterações que apresenta depois de um determinado tempo e investigar o que ele tem e o que está sentindo. Na fala a seguir estão evidenciados tais procedimentos:

Eu posso promover, orientar o paciente potencialmente; a orientação à saúde é trabalhar com as alterações que ele já apresenta, depois de um tempo que está com a doença, o que ele está sentindo, o que ele tem (E1).

O enfermeiro promove a saúde do paciente por meio de orientações, informações baseadas nas alterações apresentadas pela doença, conforme o discurso supracitado. Quando menciona orientação à saúde, retorna a década de 40, ao antigo conceito de promoção à saúde que considerava a história natural da doença como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva (HEIDMANN *et al.*, 2006). Essa orientação é uma prática de receber informações focadas na prevenção da doença.

Outro enfoque de **orientação** na promoção à saúde é quanto à alternativa de poder usar os recursos já existentes dos gestores. Quando o paciente estiver se sentido mal, deverá procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Ele também deve conhecer melhor a UBS do seu bairro, não consultar-se com um médico ou outro e sim ter seu médico como referencial. É preciso que faça da UBS uma ponte para o hospital, ou seja, uma via de mão dupla. Essas idéias foram identificadas nas seguintes falas:

[...] promover a saúde é você dar alternativa, promoção de saúde é usar os recursos já existentes dos gestores atuais, fazer o hospital lá na ponta do bairro, para que ele dê continuidade, uma ponte (E 2).

Aconselhar que quando sentir-se mal deve procurar uma Unidade de Saúde [...] conhecer melhor a Unidade Básica de Saúde dele, ele tem sempre o médico dele, que não fique consultando com um médico ou outro, já o mesmo médico passa a conhecer a história da doença dele (E3).

Ao reconhecer a oportunidade de melhorar as condições crônicas de saúde, a Organização Mundial de Saúde (2003) lançou um novo modelo ampliado de sistema de saúde denominado “Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas” que envolve, em um contexto político mais abrangente, os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades.

Nas falas dos enfermeiros, observa-se que eles são capazes de realizar as orientações ao paciente crônico cardíaco com doença não-transmissível cardiovascular tanto na unidade básica de saúde quanto no hospital. Os serviços de saúde devem estar organizados de forma a orientar a população sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis. Assim, as instituições de saúde são co-responsáveis pela garantia do direito humano e de cidadania e mobilizarem a formulação de intervenções (BRASIL, 2006a).

Os cuidados de enfermagem quanto a **orientação** do paciente internado com doença crônica cardíaca significam compensar o quadro depletado com a terapêutica medicamentosa, verificar a pressão arterial sistêmica, desenvolver ações sobre a dietoterapia e exercícios adequados. Na fala a seguir, observam-se tais orientações:

[...] cuidados com medicação, pressão arterial na promoção da saúde compensa o quadro depletado, na verdade vou usar o que tenho para tratar; já na prevenção vou evitar que ele chegue aonde chegou, tratar e promover a sua saúde, as orientações quanto aos exercícios, tomar medicação correta, fazer dieta (E 4).

Existem progressos importantes que estão sendo feitos para o profissional de saúde compreender os fatores de risco das doenças crônicas cardíaca. O seu controle para uma atividade física adequada, e o controle do peso, precauções quanto ao tabagismo, colesterol sérico aumentado e pressão arterial elevada, estão sendo significativos (WOODS, FROELICHER e MOTZER, 2005).

O momento presente proporciona o desenvolvimento de ações a promoção à saúde, construindo-se novos saberes de enfermagem. Esses conhecimentos podem ser transpostos mediante um enfoque que não prioriza apenas o tratamento da doença, mas que contempla também a situação mais abrangente em que o indivíduo se encontra doente. Após tais ações, o paciente retornará para o contexto social do qual faz parte (LUCENA *et al.*, 2006).

O enfermeiro precisa motivar, ou seja, proporcionar condições favoráveis ao paciente com doença crônica cardíaca para que este busque sempre, no seu interior, a força estimuladora, para então poder cuidar de si próprio, sem que seja “obrigado” a realizar atividades, a fim de reduzir os fatores de riscos.

No universo das doenças crônicas cardíacas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é evidenciada pelas complicações consideradas como um dos fatores de risco predominantes. Desse modo, o enfermeiro clínico deve orientar os pacientes acometidos por essa doença, sobre a restrição de sal em sua alimentação diária, sobre a verificação da pressão arterial sistêmica periodicamente, realização de exercício adequado. Continuadamente, deve orientá-lo a fazer o uso contínuo da medicação, a participar de grupo de hipertensão e receber orientação sobre o que é essa doença, a fim de que ele não interrompa o tratamento, pois poderá ter complicações severas. Os depoimentos a seguir confirmam as afirmações:

Orientar o paciente que tem uma hipertensão, você tem que estar orientando sobre o que é alimentação, tenha sempre controle, fazer exercícios de forma que o paciente compreenda, que consiga fazer, orientar o paciente bem sobre a doença para que não tenha complicações (E 6).

Procurar orientar os pacientes sobre os cuidados que deve ter em casa, como a restrição de sal para pacientes hipertensos, cuidados quanto ao uso de medicamento, para que não interrompa o tratamento (E 8).

[...] orientar para participação de grupo de hipertensão [...] (E 3).

É manter o paciente livre de hipertensão, [...] controlar o nível da dieta dele, ingestão de líquidos, o que mais estimular, digamos deambulação do paciente, não só manter na cama. É não deixar a pressão dele subir (E 4).

O modelo de tratamento, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2003) do sistema de saúde, intensifica a atuação dos pacientes e familiares

e reconhece que eles podem gerenciar de forma efetiva as condições crônicas com o apoio das equipes de saúde e da comunidade.

A adesão ao tratamento dos pacientes crônicos cardíacos, segundo Abreu *et al.* (2006), merece uma análise cuidadosa por parte dos profissionais de saúde, pois a não-adesão implica em uma barreira ao controle da hipertensão arterial sistêmica. É fundamental unir esforços direcionados para que ela aconteça e seja uma forma de evitar as complicações que a doença pode causar.

O enfermeiro, ao orientar na prevenção à saúde, poderá atuar na unidade de internação e/ou no ambulatório, para que o paciente tenha uma continuidade do tratamento. No depoimento a seguir isso pode ser verificado:

A orientação na questão da prevenção da patologia, desde que o paciente esteja com angina, então vamos prevenir o que exacerba essa dor anginosa [...] Eu acho que o enfermeiro não poderia ficar só dentro das enfermarias, ele tinha que estar atuando no ambulatório, poderia esse trabalho dar continuidade (E 2).

No âmbito hospitalar, intensifica-se a necessidade do enfermeiro estar voltado mais ao cuidado do paciente, pois sua prática implica atividades não mais consideradas tradicionais, porém inovadoras e decorrentes de outras necessidades, como mudanças do perfil do paciente e complexidade de cuidados, dentro do contexto econômico, político e social (IDE e DOMENICO, 2001). Para Horta (2005), o enfermeiro atua tanto na área da interdependência como na manutenção, promoção e recuperação da saúde.

4.4.3 Concepções de saúde

Na subcategoria as **concepções de saúde**, evidenciam duas perspectivas como: *equilíbrio e conforto/bem-estar*. Considera-se *equilíbrio* o momento em que o ser humano está em plena normalidade com suas dimensões biológica e psíquica, conseqüentemente suas necessidades fisiológicas estão satisfeitas. Ao definir saúde como *equilíbrio*, o enfermeiro está consciente da prevenção da doença, como exprimem as seguintes falas.

[...] o processo de saúde-doença depende do ponto de vista de quem avalia o que é saúde e o que é doença, [...] não estão juntos; quando você fala em saúde, automaticamente, está fazendo a prevenção de alguma doença que possa a vir a ter (E 1).

A saúde é quando as necessidades básicas dele estão supridas (E 2).

Saúde é quando o ser humano está com todas as suas faculdades físicas e psíquicas dentro do parâmetro de normalidade, é você estar pleno, não estar com alguma patologia física, psíquica (E 7).

Saúde qualquer coisa que não esteja irregular, e a doença quando não está dentro do padrão de normalidade (E 8).

Observa-se que os enfermeiros definem saúde como ausência de doença, o que vai ao encontro da definição da epidemiologia, conforme Beaglehole, Bonita e Kyellstron (2003). Estes afirmam que o estado de saúde tende a ser simples como doença ausente e, geralmente, os critérios dos diagnósticos são baseados em sinais ou sintomas e em resultados de exames.

No momento em que os sujeitos afirmam que o processo de saúde-doença depende dos olhares de cada um, remonta ao saber antropológico. Conforme Helman (2003, p. 115), “as definições de saúde e doença variam entre os diferentes indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais”. E em relação às necessidades básicas, a saúde segundo Nery e Vanzin (2002) é a resultante dessas necessidades básicas atendidas. Isso ficou evidente nas falas dos enfermeiros.

O aspecto *conforto/bem-estar* é definido como a saúde em que o ser humano está bem com seu eu interior, exterior, família e sociedade, trazendo para si um conforto pleno, assim explicitado na fala:

É tudo que traz um conforto pessoal para gente, se você está bem com o mundo, com você mesmo, com a família e com o social, isso é saúde (E 3).

Tal situação demonstra que a saúde é um “processo contínuo com estados situacionais dinâmicos e subjetivos, que permite ao ser humano o funcionamento nos seus papéis, com prazer” (RADUNZ, 1999, p. 14). A família tem espaço privilegiado na história da humanidade; é nela que aprendemos a ser e a conviver, pois é mediadora das relações entre sujeitos e coletividade, sendo geradora de formas comunitárias de vida (MIOTO, 2004).

Ainda, a definição dada pelos enfermeiros da pesquisa quanto a perspectiva *conforto/bem-estar* vai além da definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde. De acordo com eles o ser humano necessita de que suas necessidades básicas sejam satisfeitas e atendidas – lazer, moradia, profissão – e de que seus direitos sejam respeitados como cidadãos, conforme expressam as falas:

Para mim, uma pessoa saudável, além da definição da Organização Mundial de Saúde, a pessoa tem todos aqueles requisitos, toda necessidade básica e necessária, tem lazer, tem moradia, profissão, é ter seus direitos de cidadãos (E 1).

Saúde é o bem-estar social, físico e mental (E 3).

Saúde é o bem-estar físico, social, psíquico de toda pessoa (E 4).

Saúde é o bem-estar geral, tanto físico como psíquico (E 8).

Em 1946, quando a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência da doença”, já projetava esse conceito para o futuro numa visão progressista. Entretanto, tal conceito permanece até a atualidade como utópico, apesar das dificuldades de se definir e mensurar o bem-estar (BEAGLEHOLE, BONITA e KYELLSTRON, 2003, p. 11).

Os enfermeiros apontam que a saúde é um bem-estar geral que significa estar em harmonia considerando-se a dimensão física, social e psíquica. Porém, quando se associa ao ser humano a importância de se ter satisfação, lazer, moradia e trabalho digno, expressões da organização social e econômica de uma sociedade, tais atributos vêm ao encontro do conceito estabelecido na Conferência da Alma-Ata, em 1978. Nessa conferência, a saúde está relacionada a fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. Relaciona-se da mesma forma, aos níveis de saúde da população, evidenciados na organização social e econômica de cada país (MELO, 2001). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi garantido à população o direito do ser humano à cidadania, visto que esse direito inclui-se também no conceito de saúde (NERY e VANZIN, 2002).

Destarte, a saúde permanece na dimensão biopsicossociopolítica do ser humano, como cuidadores dos pacientes acometidos por doença crônica cardíaca. O

ser humano, quando está com saúde, desenvolve ações responsáveis e conscientes, pois se encontra em pleno bem-estar nas dimensões física, psicológica, emocional, social e espiritual. É o que se evidencia nos depoimentos:

As pessoas, quando estão saudáveis, podem executar atividades e tal, é um bem-estar do indivíduo quanto à parte física, mental, espiritual, tudo (E5).

Saúde é você estar bem com você, é estar bem, não sentir nenhuma dor, é você não estar preocupada com nada, você estar-bem (E 6).

Quando a concepção de saúde vai além do físico-biológico, remete-se ao sentido de integridade, totalidade, plenitude e realização, pois a saúde tem a ver com o viver pleno das pessoas, transpondo o físico-biológico, ou seja, transcendendo (PESSINI, 2000).

4.4.4 Concepções de doença crônica cardíaca

Evidenciam-se nos discursos dos enfermeiros nessa subcategoria duas perspectivas relevantes da sua prática profissional: *desequilíbrio e incapacidade*. A perspectiva *desequilíbrio* acontece quando as necessidades básicas do ser humano não estão em harmonia, o que prejudica suas atividades cotidianas, como pode ser observado a seguir:

[...] de não conseguir exercer mais suas atividades no dia-a-dia, a doença é estar em desequilíbrio, [...] a ponto de não se conseguir manter as atividades e rotinas do padrão preconizado pela sociedade, para mim é isso (E 1).

É o estado em que o indivíduo gera desequilíbrio em suas necessidades básicas levando-o ao adoecimento físico, mental ou psíquico, ele está doente, ele produziu desequilíbrio [...] a doença significa que há um desequilíbrio numa dessas necessidades básicas que ele tem (E 2).

Tais situações demonstram que cada doença tem suas características individualizadas e emergentes, que envolve o conjunto sociocultural e a vida pessoal

do ser humano (CARTANA e HECK, 1997). A doença ocorre quando as necessidades não são atendidas ou quando são atendidas inadequadamente (HORTA, 2005). Ambas as situações trazem o desconforto ao ser humano. Por outro lado, a doença pode ser causada por deficiências ou excesso de certas substâncias no corpo, que podem ser corrigidas pela substituição dos elementos deficientes ou pelo contrabalanceamento do excesso (HELMAN, 2003).

A doença, conforme os enfermeiros do estudo é qualquer situação em que o ser humano não esteja bem, em que esteja fora do padrão de normalidade nas dimensões biopsíquica, como expressa a fala:

Doença é qualquer coisa que esteja fora do padrão de normalidade, inadequadamente, tanto mental como física (E 8).

Para Beaglehole, Bonita e Kyellstron, (2003), os termos normalidade ou anormalidade são utilizados na doença como critérios de diagnóstico e também no desvio de valores normais, como nos sinais ou sintomas e até em resultados de exames, a fim de embasar os parâmetros entre o que é normal e o anormal. Ainda, em termos de desvio de normalidade, ou seja, do parâmetro científico fundamental, a doença se dá quando o doente se afasta do normal para mais ou para menos desse parâmetro (SOUZA e LIMA, 2007).

O aspecto *incapacidade* caracteriza-se por tudo aquilo que perturba a tranqüilidade do ser humano nas suas dimensões biopsicossocioespiritual, prejudicando o estar consigo mesmo em sua plenitude e na sua totalidade, como vem explicitado a seguir:

A doença é aquilo que perturba o sossego, altera sua vida tanto no físico como no mental (E 3).

A doença já seria instalada, a patologia não necessariamente física, até mais psicológica, psíquica, no caso, a depressão, o que acarreta mais do que a própria doença física (E 4).

Qualquer problema ou físico, mental, espiritual até social acarreta uma doença (E 5).

A doença é tudo aquilo que incomoda, tudo o que está incomodando, seja físico, mental, espiritual; como as pessoas falam, aquilo que está te incomodando, para mim (E 6).

A doença faz parte das dimensões psicológicas, moral e social de uma cultura em particular e deve ser considerada como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem a eles (HELMAN, 2003). Para Remen (1993), a doença é considerada não só uma mudança física, mas uma força que altera o ritmo e direção do processo individual.

4.4.5 Ambiente

O **ambiente** está interligado com a sociedade em que o paciente crônico cardíaco convive, ou seja, seus familiares, profissionais de saúde e comunidade. Dessa subcategoria originaram-se duas perspectivas: o *lugar onde se vive e trabalha* e o *ambiente em construção*.

Nas falas dos enfermeiros entrevistados, o **ambiente** é considerado um lugar ou local onde se vive e trabalha: a casa em que o ser humano se encontra e o meio onde trabalha, onde vive em comunidade, onde se relaciona em condições de bem-estar. Também é considerado o Planeta, como se observa a seguir:

É o local onde estou e ter condições de estar bem naquele local é o ambiente (E 1).

Ambiente é o local onde você está inserido e, no caso, em relação ao Planeta, mas pode ser o meu trabalho, a minha vida, a minha casa [...] é o ambiente, é o local onde o homem está inserido (E 2).

O ambiente do paciente você tem que trabalhar onde ele participa, se participa num ambiente social [...] (E 3).

Local em que vivem todos os seres humanos em comunidades é o ambiente, é tudo, é o que existe no mundo todo [...] (E 4).

[...] o ambiente em que as pessoas estão inseridas, o local é o ambiente [...] (E 5).

Ambiente é o lugar onde a gente trabalha, onde a gente vive [...] (E 6).

O ambiente é onde vive, onde você trabalha, por onde você circula [...] (E7).

Quando o ser humano cria socialmente um ambiente, onde vive salutarmente, ele cria espaços de possibilidades e impossibilidades que estão articulados ao processo psíquico e que mantêm as pessoas em movimento, unindo-as para as questões, que lhes interessam e lhes satisfaçam. Nessa perspectiva, a equipe de enfermagem desenvolve suas ações, mantém a divisão social na qual circula, comunica-se, faz o exercício de sua política, expressa suas crenças, brinca, cria condições de trabalho e vivem bem (FIGUEIREDO e SANTOS, 2004).

Na subcategoria **ambiente**, aparece ainda outra perspectiva: o ambiente em construção, que o ser humano vai construindo, seja no trabalho, na sua residência ou no lazer. Esse ambiente poderá influenciá-lo ou não e, conseqüentemente, haverá uma transformação, gradativa em seu espaço social. Observa-se a fala:

Ambiente você constrói. [...] o ambiente você cria, você tem uma influência nele ou não [...] (E 3).

Para Horta (2005), entre o ambiente e o ser humano há uma inseparabilidade e como as mudanças seqüenciais do ciclo vital que são contínuas, ocorrem de forma constante revisões da interação entre eles. Segundo Waldow (2006), todos os meios ambientes, sejam físicos, administrativos, sociais, tecnológicos, são considerados organizacionais e estão relacionados. Ainda, devem contribuir para as relações de cuidado.

Ao identificar os elementos do processo de cuidar é necessário expor de que modo eles se desenvolvem na prática dos enfermeiros deste estudo, que será evidenciado no próximo item.

5 DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS EVIDENCIADOS NO PROCESSO DE CUIDAR

Durante a investigação emergiram três (03) elementos no processo de cuidar, que os enfermeiros desta pesquisa oferecem ao portador de doença crônica cardíaca, como **o cuidar, prática do cuidar/cuidado e promoção à saúde**, que passo a descrever respectivamente, representados de forma integrada na Figura 1.

O enfermeiro manifesta o **cuidar** por meio das **dimensões técnicas e expressivas** e este é realizado ao paciente portador de doença crônica cardíaca considerando-se a primeira dimensão — os procedimentos técnicos, os levantamentos de sinais e sintomas e a terapêutica medicamentosa —, e a segunda dimensão — o cuidar do paciente de modo presente, com mais atenção e amparo, com consideração, conversa, transmissão de calma, com o olhar voltado ao todo desse paciente, oferecendo-lhe um cuidado individualizado.

A **prática do cuidar/cuidado** ocorre entre os profissionais que laboram na Enfermagem, os quais precisam ter o dom de cuidar, que deve ser praticado como um ato a partir das necessidades de saúde, por meio de ações de cuidar/cuidado, mantendo a interação/vínculo com o paciente portador de doença crônica cardíaca e sua família. Assim, esses profissionais tornam pessoal o cuidado, mantendo uma proximidade com o paciente, oferecendo-lhe uma ação efetiva, humana e com conhecimentos específicos, encarando-o como um ser integrado e integrador ativo e com sentimentos.

Para que isso realmente se processe, recorre-se às **concepções de ser humano e concepções de Enfermagem**. O ser humano, para os enfermeiros, é um Ser pensante, projetado por Deus, uma criatura que, além de ser complexa, com necessidades básicas é, neste caso, o Ser doente crônico cardíaco. É um Ser vivente que tem sentimentos, emoções, inteligência, vida própria, hábitos, estilo de vida, capacidade de resolver problemas e de tomar decisões. Alguém que passou por dificuldades e que está, no momento presente, frágil e preocupado com sua saúde e com a família.

A concepção de Enfermagem é caracterizada como ciência e arte, profissão, categoria profissional, e os enfermeiros do estudo a relacionam com a sua própria equipe e a outros profissionais da área de saúde, ao avaliar o paciente no aspecto biológico e emocional e ao fazer com que a pesquisa seja aplicada na prática do seu

dia-a-dia. Desse modo, os resultados efetivos tanto da ciência quanto da arte de enfermagem, contribuem para um avanço técnico-científico na trajetória profissional do enfermeiro.

Destarte, para trabalhar na Enfermagem é preciso embasar-se em um corpo de conhecimento em cada área de atuação, o que torna o enfermeiro *expertise*. O enfermeiro é o protagonista do processo de cuidar inserido na equipe de saúde, pois é responsável direta ou indiretamente pelo cuidar/cuidado não só em relação aos membros de sua equipe, mas também em relação aos pacientes, família e comunidade, transformando a realidade de cada um deles.

Na **promoção à saúde**, o enfermeiro procura modificar os hábitos de saúde do paciente portador de doença crônica cardíaca, tendo como meta a qualidade de vida. Dessa forma, a **promoção à saúde** pode ser expressa pela **educação à saúde e orientações**, para que essa educação não aconteça apenas por meio da transmissão de informações, mas também de forma a desenvolver novos conhecimentos, a fim de que ocorra a mudança de comportamento do paciente, levando-o a tomar consciência, apreender e saber administrar os fatores de risco. Visa, da mesma forma, orientar a família para que seja coadjuvante não só na prevenção e na manutenção, mas também na reabilitação desse paciente.

Tais ações podem ser realizadas de forma lúdica para que o emocional esteja em sincronia com a dimensão física. São fundamentais as ações educacionais sobre a dietoterapia, exercícios adequados, assim como aquelas para adquirir novos hábitos de vida. Enfim, é de extrema importância que o enfermeiro desenvolva práticas educativas e capacite não só o paciente com doença crônica cardíaca, mas também a família para ajudá-lo na adesão à terapêutica medicamentosa, no reconhecimento precoce dos fatores de risco e na adesão aos hábitos de vida saudável como controle de dieta, da glicemia, da dislipidemia e exercícios físicos regulares.

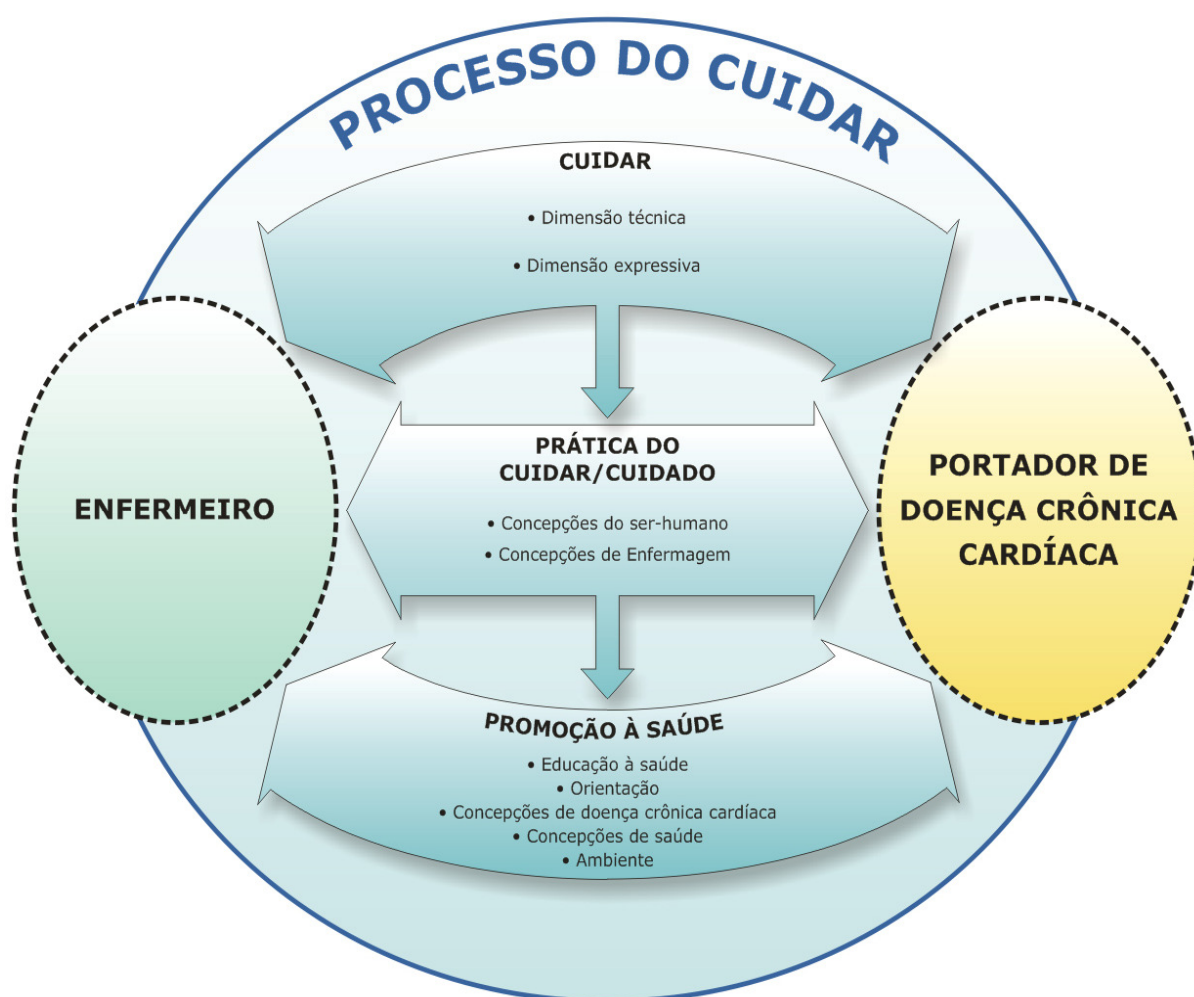
Diante da perspectiva de **promoção à saúde**, observa-se que esta é sustentada pela **concepção de saúde** e de **doença crônica cardíaca**, caracterizadas como equilíbrio, bem-estar e desequilíbrio e incapacidade, respectivamente. O **equilíbrio** é o momento em que o ser humano encontra-se em plena normalidade quanto as suas dimensões biológica, psíquica, emocional e espiritual. O **conforto/bem-estar** ocorre quando ele está bem com seu eu interior e exterior em proporção devida, em conjunto com sua família e sociedade, o que traz

para si um conforto amplo. O **desequilíbrio** surge quando as suas necessidades básicas não estão em harmonia, o que prejudica suas atividades cotidianas. Em contrapartida, a **incapacidade** é aquilo que perturba a tranquilidade do ser humano nas suas dimensões biopsicossocial e espiritual e que prejudica o estar consigo mesmo em sua plenitude e em totalidade.

Todos esses aspectos estão ancorados no **ambiente** de cuidar/cuidado, que está interligado com a sociedade em que o paciente crônico cardíaco convive, com os seus familiares, profissionais de saúde e comunidade. Esse ambiente poderá influenciá-lo ou não, portanto, é provável haver uma transformação gradativa em seu espaço social.

Esse é o **processo de cuidar** que o enfermeiro realiza ao cuidar do paciente crônico cardíaco. Um atendimento de maneira humanizada, com o olhar voltado à integralidade desse paciente, olhar que engloba amor, interação, envolvimento, proximidade, conhecimento técnico-científico e respeito ao contexto sociocultural dele.

Figura 1 - Representação dos elementos do processo de cuidar ao portador de doença crônica cardíaca



FONTE: O autor (2007)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caminho percorrido é importante manifestar a importância do mestrado, no sentido do diálogo que estabeleci com os meus pares e com a realidade pesquisada, no intuito de responder ao problema que norteou esta pesquisa: *quais são os elementos utilizados pelos enfermeiros no processo de cuidar ao portador de doença crônica cardíaca?* E, também, no intuito de atingir os objetivos propostos: *identificar os elementos do processo de cuidar realizado pelo enfermeiro ao portador de doença crônica cardíaca e descrever os elementos evidenciados no processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca*, que são oferecidos pelos enfermeiros de um hospital de ensino no município de Curitiba.

Por outro lado, quando iniciei a pesquisa, parti do pressuposto de que após a implantação da SAEI, desde 1991, no hospital-foco deste estudo, o enfermeiro dessa instituição conheceria os meios, princípios do processo de cuidar e como fundamentos utilizaria os modelos teóricos de enfermagem.

Porém, a realidade encontrada foi outra, porque além de utilizarem vários modelos teóricos de enfermagem dos mais diversos paradigmas, demonstraram a carência de uma filosofia institucional que forneça a base para o processo de cuidar, a partir de um modelo filosófico metodológico do cuidar/cuidado e de uma dimensão epistemológica. No entanto, nem por isso o enfermeiro deixa de ter um papel relevante no seu trabalho. Uma vez que a Enfermagem é ciência, arte e profissão, tida como além do *saber fazer*, utiliza-se de conhecimento específico e de outros saberes que ancoram o desenvolvimento de raciocínios, julgamentos clínicos, tomadas de decisões, sensibilidades e profissionalismo dos enfermeiros, para que consigam sustentar com argumentos consistentes suas decisões e ações aos seus pares e à equipe de saúde. Enfim, a prática do cuidar/cuidado é manifestada pelo enfermeiro com significativa importância, mediante ação efetiva, humana, calcada em conhecimentos específicos, visto que é oferecida aos doentes: seres integrados, ativos e com sentimentos.

Ainda, verificou-se que há alguns vocábulos referentes à SAE e ao processo de cuidar que têm diferentes significados para os enfermeiros como, por exemplo: o processo de cuidar é uma aproximação para o desenvolvimento da

empatia e, ao mesmo tempo, está relacionado aos sintomas físicos, ao diagnóstico médico e ao da enfermagem, mas compreendem que é uma atividade da enfermagem. Os enfermeiros desenvolvem seu processo de cuidar por meio das ações nas dimensões técnicas e expressivas, durante a visita diária de enfermagem. Tais dimensões não ocorrem isoladamente, mas cada qual tem sua magnitude, dependendo de como acontece a interação/vínculo entre profissional e paciente.

Outro aspecto que chamou atenção foi o processo de cuidar, como prática de cuidar/ cuidado. O enfermeiro está consciente de que precisa de um corpo de conhecimento próprio para cada especialidade e ele busca, dentro do seu ambiente de cuidar, os conhecimentos necessários para si em suas ações de julgamento clínico para a tomada de decisões necessárias ao cuidar, assim como para orientar os membros da equipe de enfermagem. Apesar do tempo de formação desses enfermeiros ser, em média, de dezenove (19) anos e cinco (5) meses e levando-se em conta que naquela época o enfermeiro era formado no modelo biomédico, a pesquisa aponta que há, por parte deles uma atualização em seu fazer e pensar.

É importante salientar também o extraordinário desempenho do enfermeiro neste cenário de atuação: o processo de cuidar como promoção à saúde, no qual se configuram as ações do enfermeiro deste estudo. Suas ações direcionam-se continuamente no sentido de mediar o conhecimento para reduzir e/ou amenizar os fatores de risco dos pacientes crônicos cardíacos, a fim de proporcionar-lhes uma conscientização do quanto isso é relevante para a sua qualidade de vida. Cabe ao enfermeiro, da mesma forma, encorajar os pacientes para o autocuidado e estimulá-los a encontrarem a maneira adequada de lidar com o seu bem-estar físico, psíquico, emocional e espiritual por meio das ações de cuidar/cuidado como: orientações, educação à saúde, ambientação durante a internação e conhecimento sobre a doença.

Portanto, verificou-se que os elementos do processo de cuidar para os enfermeiros deste estudo são o cuidar em suas duas dimensões, técnica e expressiva, como fundamento, a prática de cuidar/cuidado como meio e a promoção à saúde como princípio.

Desse modo, os profissionais manifestam algumas propostas, visto que há vários modelos teóricos que subsidiam a prática, sendo necessário, no entanto, ter o referencial institucional na mesma. Assim, enumeram-se as sugestões: *revisão de conceitos e pressupostos de enfermagem o paciente crônico cardíaco,*

elaboração de diretrizes para o atendimento e o cuidar/cuidado específico para esses tipos de pacientes. Tais solicitações deverão estar inseridas na filosofia do Serviço de Enfermagem.

Assim, espera-se que a realização desta pesquisa tenha contribuído para um repensar do *saber* e do *saber fazer* em enfermagem que são aplicados durante o processo de cuidar, seja na prática, no ensino ou na pesquisa dos enfermeiros, quer sejam assistenciais, docentes ou discentes. Espera-se também que os gestores dos Serviços de Enfermagem ou os dirigentes de Instituições de Saúde proporcionem condições para um ambiente de cuidar/cuidado saudável e de interação/vínculo com os pacientes, a família e a equipe de saúde, pois como seres humanos inseridos no Planeta precisam ser olhados com dignidade, compreensão e solidariedade.

Acredita-se que o enfermeiro, ao oferecer o processo de cuidar nessa magnitude apresentada, é *gente que cuida de gente*, mas não basta só isso. Esse profissional precisa ser visível, ter empoderamento perante a equipe de enfermagem, a equipe de saúde e a sociedade, como coadjuvante do processo de cuidar desses pacientes.

É com otimismo que termino esta dissertação, na esperança de que o enfermeiro busque no seu caminhar profissional, seja na prática, no ensino ou na pesquisa, todos os dias, um *saber*, um *fazer* e um *ser* enfermagem com conhecimento, compreensão, empatia, envolvimento, proximidade, solidariedade e dignidade, em todas as dimensões do ser humano, como um agente inovador, moderador e transformador do processo de cuidar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R. *et al.*. Análise da produção do conhecimento em enfermagem acerca da temática hipertensão arterial, 1995 a 2005. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=789>. Acesso em: 27/2 2007.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem–promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.16, p. 96-98, jan./fev. 2007.
- ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I. E. M. Princípios básicos de fisiologia cardiocirculatória. In: ARAÚJO, C. E.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. (Org.). **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 201-222.
- ATKINSON, L. D. *et al.*. **Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- BALDUINO, A. F. A. **Histórico da metodologia da assistência de enfermagem informatizada**. Curitiba: 1993. mimeografado.
- BALDUINO, A. F. A.; PERES, A. M.; CARRARO, T. E. **A metodologia da assistência de enfermagem informatizada–MAEI**. In: CARRARO, T. E.; Westphalen, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p.101-113.
- BALDUINO, A. F. A. *et al.*. Um marco de referência para a prática da enfermeira à pacientes com doenças crônicas à luz da teoria de Wanda de Aguiar Horta. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.12, n.1, p.89-94, jan./mar. 2007.
- BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KYELLSTRON, T. **Epidemiologia básica**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2003.
- BETINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.27, n.2, p.231-239, abr./jun. 2003
- BITTES, A. J. *et al.*. Princípios científicos como instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 39-46.

BOBROFF, M. C. C. **Identificação de comportamento de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem:** construção de instrumento. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BOFF, I. **Saber cuidar:** ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes 2004.

BORK, A. M. T. **Enfermagem de excelência:** da visão à ação. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Conjunto de ações para a redução multifatorial das enfermidades não-transmissíveis.** Projeto CARMEN, Protocolo Nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=448. Acesso em: 02/12/2006.

_____. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf. Acesso em: 15/07/2007.

_____. **Saúde Brasil 2006:** uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 12/6/2007.

BURMESTER, A. M. O. *et. al.* **Universidade Federal do Paraná:** 90 anos em construção. Curitiba: Ed. da UFPR, 2002.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação:** diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CARRARO, T. E. **Enfermagem e assistência:** resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB, 1997.

CARRARO, T. E.; Westphalen, M. E. A. **Metodologia para a assistência de enfermagem:** teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

CARTANA, M.H.F.; HECK, R.M. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.3, p.233-240, set./dez. 1997.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinado: acerca de significados e implicações para a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08/11/ 2006.

CAMPEDELLI, M. C. *et al.* **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CELICH, K. L. S. **Dimensões do processo de cuidar**: a visão das enfermeiras. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.

CÉSAR, L. A. M. FERREIRA, J. F. M. Seguimento clínico de portadores de cardiopatia isquêmica crônica e depois de revascularização direta do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, v.11, n.1, p.113-119, jan./fev. 2001.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2005.

CIANCIARULLO, T. I. *et al.* **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2001.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Documentos básicos/Conselho Federal de Enfermagem**. 8. ed. Natal, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Resoluções Cofen**. Disponível em: <http://www.corenpr.org.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 02/09/2007.

COSTA, V. T.; ALVES, P. C.; LUNARDI, V. L. Vivendo uma doença crônica e falando sobre ser cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.27-31, jan./mar. 2006.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidado?** 2. ed. Santa Maria: Unifra, 2002.

DAHER, D. V.; SANTOS, F. H. E.; ESCUDEIRO, C. L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares e excludentes? **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08/06/2007.

DANIEL, L. F. **A Enfermagem planejada**. 3. ed. São Paulo: EPU. 1981.

DELANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08/07/2007.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenções em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIQUEIREDO, N. M. A., STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. **Cuidando de clientes cardiopáticos**. São Caetano do Sul: Difusão, 2004.

FIQUEIREDO, N. M. A.; SANTOS, I. Introduzindo a enfermagem clínica no ambiente terapêutico hospitalar: In: SANTOS, I. *et al.*. (Org.) **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. Série atualização em enfermagem; v. 2.

FRANÇA, H. H. O paradoxo da Doença Coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 4, p.419-421, 2002. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartivos>. Acesso em 05/07/ 2007.

FREITAS, F. G. A responsabilidade ético-legal do enfermeiro. In: OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p. 73-200.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Trad. Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEIDMANN, I.T.B. *et al.*. Promoção à saúde: trajetória de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.352-358, abr./jun. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005.

HUMEREZ, D. C. Considerações éticas gerais para o cuidado de enfermagem do paciente na clínica: In: BARROS, A. L. B. L. *et al.*. (Org.). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 51-55.

IDE, C. C. A.; DOMENICO, E. B. L. **Ensinando a aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **CIPE – Beta 2 Classificação Internacional para Prática de Enfermagem Beta 2**. Trad. Heimar de Fátima Marin. São Paul, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **CIPE Versão 1. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem Versão 1**. Trad. Heimar de Fátima Marin. São Paulo: 2007.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLETEMBERG, D. F. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

KRON, T. **Manual de enfermagem**. Trad. Giuseppe Taranto, Hégueno Oliveira Celino, Nelson Gomes de Oliveira. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.

LABRONICI, L. M. **Erros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. 135 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LACERDA, M. R. As relações de poder e cuidado terapêutico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 1999.

LACERDA, M. R.; ZAGONEL, I., MARTINS, S. Padrões do conhecimento de enfermagem e sua interface ao atendimento domiciliar à saúde: revisão de literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 1-12, ago., 2006. Disponível em: <http://www.uff.br.objnursing/index.php/nursing/article/view/293/59>. Acesso em: 02/09/2007.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.32-49, jan./abr. 2001.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade** - epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.

LUCENA, A. F. *et al.*. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40 n. 2, p.292-298, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a24.pdf. Acesso em: 15/07/2007.

MARIN, H. F. **Informática em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1995.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28/06/2007.

MEIER, J. M. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 216 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MELO, E. C. P. **Saúde e doença no Brasil: como analisar os dados epidemiológicos**. Rio de Janeiro: Nacional, 2001.

MIOTO, R. C. T. Do conhecimento que temos à integração que fazemos: uma reflexão sobre atenção às famílias no âmbito das políticas sociais. In: ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R. G. (Org.). **Pesquisando a família olhares contemporâneos**. Florianópolis: Papa-Livro, 2004. p. 107-114.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilidade pela análise textual discursiva. **Ciências & Educação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.191-211, 2003.

MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem: In: OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p. 98-119.

NERY, M. E. S; VANZIN, A. S. **Enfermagem em saúde pública**: fundamentação para o exercício da enfermagem na comunidade. 3. ed. Porto Alegre: RM&L, 2002.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 1, p. 79-92, dez. 2002.

O'CONNOR, Fr. T. O poder de Cuidar. **O Mundo da Saúde**. São Paulo: v. 24, n.4, p. 328, jul./ago. 2000.

OGUISSO, T. As origens da prática do cuidar. In: OGUISSO, T. (Org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005. p. 3-29.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação; relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **CARMEN - Iniciativa para a prevenção integrada de doenças não-transmissíveis nas Américas**. Brasília, 2003a.

_____. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003b.

PADILHA, M. I. C. S.; SOBRAL. V.; SILVEIRA. M. F. Histórias do cuidado e da enfermagem. In: SANTOS, I. *et al.*. **Enfermagem fundamental**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 55-76.

PAIM, R. C. N. **Problemas de enfermagem e terapia centrada nas necessidades do paciente**. Rio de Janeiro, 1978.

PAIM, L. Problemas prescrições e planos: estilo de assistência de enfermagem. **Cadernos Científicos ABEN**, n. 1, p. 5-55, 1978.

PASSOS, E. S. **De anjos a mulheres**: Ideologias e valores na formação de enfermeiros. Salvador: EDUFBA / EGBA, 1996.

PESSINI, L. Saúde, religião e espiritualidade [editorial]. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 435-436, 2000.

PESSINI, L. *et al.*. Humanização em saúde: o resgate do ser com competências científica. [editorial]. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 27, n. 2, p. 203-205, abr./jun., 2003.

PINHO, I. C., SIQUEIRA, J. C. B. A., PINHO, L. M. O. As perspectivas do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.8, n.1, p. 42-51, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_5.htm. Acesso em 15/07/2007.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 28/07/2007.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRAÇA, N. S.; MERIGHI, M. A. B. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA DE SOUZA, N. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: vivência da mulher no período reprodutivo**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003. p. 1-3.

RABELO, E. R. *et al.*. O que ensinar aos pacientes com insuficiência cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15/07/2007.

RADUNZ, V. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. 2. ed. Goiânia: AB, 1999.

REMEN, N. **O paciente como ser humano**. Trad. Denise Bolanhol. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, D. S.; MANTOVANI, M. F. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.6, n.1, p. 97-104, jan./jun. 2001.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 15/07/2007.

ROCHA, K. P. W. F. A educação em saúde no ambiente hospitalar. **Nursing**, São Paulo, v. 108, n. 9, p.216-221, 2007.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 08/08/2006.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/68.pdf>. Acesso em: 08/07/2007.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método científico–instrumento básico da enfermeira. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Um Desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 25-38.

SANTOS, I. *et al.* **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SILVA, D. M. G. V. *et al.* Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 22/08/2007.

SOUZA, M. L. *et al.* O cuidado em Enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n. 2, abr./jun. 2005.

SOUZA, S.P.S.; LIMA, R.A.G. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a23.pdf. Acesso em 15/07/ 2007.

STEFANELLI, M. C. CARVALHO, E. C. **Comunicações nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole. 2005.

TEIXEIRA, R. C.; LACERDA, M. R.; MANTOVANI, M. F. **A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente**. Curitiba, 2007. Apresentado na vivência da prática de docência do curso de pós - graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico–qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. **Relatórios de Atividades 2005** [on-line]. Disponível: <http://www.hc.ufpr.br/folder2006/menu/index.html>. Acesso em: 06/09/ 2007

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.237-245, jul./ago. 2000.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v.19, n. 1, p. 20-32, jan. 1998.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Alegre: Sagra Luzzato, 2001a.

_____. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus o processo de cuidar. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001b.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006.

WALL, M. L. **Metodologia da assistência: um elo entre a enfermagem e a mulher mãe**. (Dissertação) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. A. U. **Enfermagem em cardiologia**. Trad: Shizuka Ishii. Barueri: Manole, 2005.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU, S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study). **Lancet**, London, v. 364, p. 937-952, 2004.

ZANEI, A. S. V. *et al.*. Avaliação – instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Um Desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 111-135.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DA ENTREVISTA

TÍTULO: O PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA CARDÍACA

QUESTÃO NORTEADORA: Quais são os elementos utilizados pelos enfermeiros no processo de cuidar ao portador de doença crônica cardíaca?

Para desenvolvermos o processo de cuidar ao portador de doença crônica cardíaca, por gentileza responder às questões abaixo.

Data: _____ Início: _____ Término: _____

CARACTERÍSTICAS DO ENFERMEIRO

1. Sexo Feminino () Masculino ()
2. Tempo de formado (a) ____
3. Tempo que trabalha com pacientes crônicos ____
4. Há quanto tempo trabalha com paciente crônico cardíaco?

QUESTÕES GUIAS

1. O que é para você paciente crônico cardíaco?
2. O que você entende por cuidar/cuidado um paciente crônico cardíaco
3. O que você entende por "processo" de cuidar um paciente crônico cardíaco?

APÊNDICE 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada nesse termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada desse Documento de Consentimento Informado.

NOME DO ENFERMEIRO

ASSINATURA

DATA

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

DATA

(Pessoa que tomou o TCLE)

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO PARA CONSTAR O NOME DA INSTITUIÇÃO NO RELATÓRIO



Curitiba, 21 de janeiro de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)
Anice de Fátima Ahmad Balduino
Nesta

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que a **Solicitação de Autorização para constar o nome da Instituição no Relatório da Dissertação**, datado de 18 de janeiro de 2008, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado "PROCESSO DE CUIDAR NA ENFERMAGEM: UMA APROXIMAÇÃO AO PACIENTE CRÔNICO CARDÍACO", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e pela Direção Geral do HC/UFPR. O referido documento atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0121.0.208.000-06
Registro CEP/HC: 1288.136/2006-09

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

ANEXO 2**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

Curitiba, 28 de setembro de 2006.

Ilmo (a) Sr. (a)
Anice de Fátima Ahmad Balduino
Nesta

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "PROCESSO DE CUIDAR NA ENFERMAGEM: UMA APROXIMAÇÃO AO PACIENTE CRÔNICO CARDÍACO", foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 26 de setembro de 2006. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0121.0.208.000-06
Registro CEP/HC: 1288.136/2006-09

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 26 de março de 2007.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Renato Tambara Filho".

Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)