

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**CRISTINA MARIA PEREIRA DUTRA**

HÁBITOS DE CUIDAR NO COTIDIANO DE CLIENTES  
COM VALVA CARDÍACA MECÂNICA:  
indicativos para o aprimoramento do cuidado de Enfermagem

RIO DE JANEIRO

2010



Cristina Maria Pereira Dutra

**HÁBITOS DE CUIDAR NO COTIDIANO DE CLIENTES  
COM VALVA CARDÍACA MECÂNICA:  
indicativos para o aprimoramento do cuidado de Enfermagem**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Coelho

Rio de Janeiro  
2010

Dutra, Maria Cristina Pereira

Hábitos de cuidar no cotidiano de clientes com valva cardíaca mecânica: indicativos para o aprimoramento dos cuidados de enfermagem. / Maria Cristina Pereira Dutra. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2010. 240 f.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

Orientador: Maria José Coelho.

1. Cuidados de Enfermagem 2. Cirurgia Cardíaca 3. Valva Mitral 4. Enfermagem.– Teses. I. Coelho, Maria José (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD 613.62

Cristina Maria Pereira Dutra

HÁBITOS DE CUIDAR NO COTIDIANO DE CLIENTES  
COM VALVA CARDÍACA MECÂNICA:  
indicativos para o aprimoramento do cuidado de Enfermagem.

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos parcial à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em

.....  
Presidente: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Maria José Coelho (EEAN/UFRJ)

.....  
1<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Carla Dantas Cavalcanti (EEAAC/UFF)

.....  
2<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Márcia Valéria Rosa Lima (EEAAC/UFF)

.....  
3<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Fátima Helena do Espírito Santo (EEAAC/UFF)

.....  
4<sup>a</sup> Examinadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sílvia Teresa Carvalho de Araújo (EEAN/UFRJ)

.....  
1<sup>o</sup> Suplente: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elza Maria dos Santos Lima (EEAP/UNIRIO)

.....  
2<sup>a</sup> Suplente: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jaqueline da Silva (EEAN/UFRJ)

## DEDICATÓRIA



A Deus, pela vida, saúde, motivação, perseverança de conquistar sonhos e transformá-los em realidade todos os dias.

A minha querida mãe, parte de minha vida: sob as suas bênçãos e com o seu amor, a vida se torna simples, o cansaço é vencido, os caminhos se tornam suaves e abertos para o sucesso e a felicidade.

A minha irmã, em todos os momentos, compartilhamos sempre, o viver com felicidades, lágrimas, alegrias, sonhos concretizados, enfim um coração aberto pela vida a fora.

Ao meu sobrinho, um presente de Deus, pela cumplicidade de idéias, apoio, preocupação, disponibilidade em colaborar e partilhar os desafios vivenciados.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Aos clientes que assumiram o anonimato para a pesquisa, mas tornaram-se declarados e presentes em todos os momentos.

Na Escola de Enfermagem Anna Nery, meus agradecimentos:

À Diretora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta Rubio Tyrrell, e à Vice-Diretora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Célia Gollner Zeitoune e à Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa, aos funcionários da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca.

Ao Corpo Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar), pelos valores intelectuais, morais e de justiça que transmitem, propiciando avanço e aprofundamento nas áreas do conhecimento.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Coelho, duplamente orientadora, consciente, combativa, inovadora, tornando idéias fundamentadas no respeito, gratidão, generosidade e lealdade.

Às Professoras Doutoradas que participaram das Bancas Examinadoras, acompanhando o desenvolvimento da tese, acrescentando conhecimentos relevantes.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Carla Dantas Cavalcanti, por fortalecer as minhas idéias que o conhecimento é instituído, possibilitando inovar e construir uma nova aprendizagem.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Valéria Rosa Lima, pela coerência em todas as etapas, enriqueceu e possibilitou uma melhor finalização desta tese.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fátima Helena do Espírito Santo pelas sugestões, se colocou à disposição, o quanto necessário para tornar o texto impecável, reforçando sua competência e compromisso ao incentivar a divulgação de novos conhecimentos.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sílvia Teresa Carvalho de Araújo pela delicadeza e sabedoria afirmou que a temática tem um movimento dentro do contexto, e que os novos conhecimentos devem ser continuamente explorados.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Elza Maria dos Santos Lima, pela magnitude, olhar amigo, soube apontar e sugerir idéias, oportunizando a criatividade de novos contextos, com conhecimento intuitivo, estético, empírico, ético, mas tudo verdadeiramente feito com o coração, sensibilidade e paixão.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jaqueline da Silva, previu desde o início que bons frutos, já podiam ser colhidos deste novo conhecimento; que os métodos tornam-se válidos se escolhermos a plenitude em todos os atos da vida. Assim, com estes ensinamentos, pude formalizar um aprendizado.

Aos colegas de Mestrado e Doutorado, em destaque Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho, Joselena Aquino Barreto Coelho, Tereza Cristina Felipe Guimarães. Nossos encontros foram marcados pelo respeito mútuo, amizade e solidariedade, oportunizando um verdadeiro crescimento intelectual e pessoal.

Aos Diretores do Hospital Federal Servidores do Estado, Divisão de Enfermagem e Médica, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e aos Chefes do Serviço de Cardiologia, pela presteza em aprovar a realização da pesquisa.

Aos Coordenadores da Unidade de Pacientes Externos, em especial, Enfermeira Leila Kafa, por ter propiciado as condições para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos os profissionais enfermeiros e médicos que participaram da validação do DVD sobre os cuidados de Enfermagem, contribuindo para o refinamento das idéias.

À Marisa Medeiros de Souza, pela competência, eficiência na “arte de digitar e formatar” os textos, contribuindo com dedicação no layout da tese.

A um Amigo especial, presença indispensável em todas as fases de elaboração da tese, atento às idéias e à construção do conhecimento. Serei eternamente, grata pela atenção, disponibilidade, palavras de incentivo. Assim, tive a certeza que tudo acontece na vida quando se permite, apenas com o coração, ou com a razão. Enfim, coração, razão é igual encantamento pelas coisas idealizadas e construídas.



## RESUMO

DUTRA, C.M.P. **Hábitos de cuidar no cotidiano de clientes com valva cardíaca mecânica**: indicativos para o aprimoramento do cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2010. 240 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

A presente tese de doutorado tem como objeto de estudo o cuidado de Enfermagem de clientes com implante de valva cardíaca mecânica após a alta hospitalar, com ênfase nas informações de saúde e nas orientações de Enfermagem que resultem em um processo educativo permanente. Objetivos: Identificar os tipos de cuidados desenvolvidos pelos clientes a partir do aprendizado das orientações de Enfermagem, tornando-os hábitos de cuidar cotidianos. Discutir a importância do aprendizado dos cuidados de Enfermagem a serem desenvolvidos pelos clientes, conforme preconizado na Agenda de Cuidados. Analisar a implementação da Agenda de Cuidados como tecnologia de aprimoramento das ações de Enfermagem no Ambulatório de Cardiologia. A contextualização do cuidado versa sobre a organização e a prática de Enfermagem, explicitando conceitos e definições voltados para os cuidados, bases epistemológicas e educação aplicada na prática diária dos cuidados. Reforça a promoção da saúde como aprendizagem constante e acessível, favorece mudança dos hábitos de vida, possibilitando a conscientização e permite transformar a realidade para o desenvolvimento de uma sociedade com qualidade de vida. Metodologia: pesquisa de natureza qualitativa, descritiva, com abordagem etnometodológica, que desvela o cotidiano dos clientes com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar, na vida habitual a partir dos cuidados de Enfermagem voltados para a prática de cuidar. O cenário da pesquisa foi o Ambulatório de Cardiologia do Hospital Federal dos Servidores do Estado, da Rede do Sistema Único de Saúde, localizado na área central da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Os sujeitos do estudo foram 48 clientes com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar. Resultados: os dados obtidos por meio de entrevistas estruturadas, não estruturadas e observação participante, com registros em diário de campo mediada pela Agenda de Cuidados, evidenciaram que os clientes lidam e priorizam os cuidados atribuindo significados quando obtidos efeitos imediatos e positivos, refletem saberes, praticam cuidados como habituais no cotidiano. A experiência significativa para cada cliente modela comportamentos diferenciados, levando-o a vivenciar e desenvolver cuidados nos diferentes ciclos de vida e de cuidados, resgata o cidadão pró-ativo através de estratégias de abordagem individualizada. Comprovou-se que a Agenda de Cuidados é uma tecnologia de aprimoramento do cuidado de Enfermagem sob a forma digital, com recursos metodológicos e tecnológicos que possibilitam o conhecimento dos hábitos de cuidar dos clientes. Os resultados confirmaram que o dinamismo e a complexidade das ações de cuidados de Enfermagem motivam os clientes a aprenderem novas maneiras de praticar o cuidado, quando questionam e percebem os benefícios que levam ao resgate da saúde, assim ratificando a tese defendida de que “os clientes desenvolvem com mais atenção às ações de cuidados quando dispõem de informações de saúde e orientações de cuidados de Enfermagem, levando uma ação educativa com manutenção e recuperação da saúde.”

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Cirurgia Cardíaca, Valva Mitral, Enfermagem.

## ABSTRACT

DUTRA, C.M.P. **Habits of caring: the Nursing care in the daily life of clients with mechanical cardiac valve: indicative for improvement of Nursing care.** Rio de Janeiro, 2010. ....p. Doctorate Thesis (Doctorate in Nursing) – Anna Nery Nursing School, Center of Healthy, Federal University of Rio de Janeiro, 2010. Guide Teacher: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Coelho.

The present PhD Thesis has the objective of study the care of Nursing of clients with mechanical mitral valve implant after post-discharge, with emphasis on information of health and orientation of Nursing, which result a permanent educative process. Objectives: Identify types of Nursing cares developed by the clients through learning of Nursing orientations, becoming them daily habits of care. Discuss the importance of learning of Nursing cares to be developed by the clients, second in Guide of Care. Analyze the implementation of the Guide of Care as technology of improvement of actions at the unit of Cardiology. The contextualization of care deals with the Nursing organization and practice, clearing concepts and definitions directed to care and epistemological bases and education applied to daily practice of cares. It reinforces health promotion as constant and accessible learning, favors a change in habits of life, makes possible the consciousness and allows transform the reality to development of a society with a quality of life. Methodology: research of descriptive qualitative nature with etnomethodological approach which to daily of clients with mechanical mitral valve implant after post-discharge, in the habitual life through the care of Nursing directed to the practice of care. The research scenery was at the unit of Cardiology of Hospital Federal dos Servidores do Estado of Health Unique System Net, localized in downtown of Rio de Janeiro, Brazil. The subjects of the study were 48 clients with mechanical mitral valve implant after post-discharge. Results: data obtained by structured and non-structured interviews and participant observation, with register in dairy of field in Guide of Care, evidenced that clients deal with and prioritize the cares, attributing meanings when obtained immediate and positive effects, reflect knowledge, practice habitual cares in daily. The meaning experience for each client shapes differentiated behaviors, leading it to live and develop cares in different cycle of life and care, rescues the pro-active citizen, through strategies of individualized approach. It was demonstrated that the Guide of Care is a technology of improvement of Nursing care, under a digital format, with technological and methodological resources making possible the knowledge of habits of care of the clients. The data confirm that the dynamism, the complexity of action of care, boost the clients learning new ways of practice the care, when they ask questions and note the benefits which lead to health rescue. The present thesis confirmed that the clients develop with more attention to actions of care when they have access to information of health and orientation of Nursing care, leading to educative action with maintenance and recuperation of health.

Key-words: Nursing Care, Cardiac surgical, Mitral valve, Nursing.

## RESUMEN

**DUTRA, C.M.P. Hábitos de cuidar: los cuidados de Enfermería en el cotidiano de clientes con valvula cardíaca mecánica: indicativos para el perfeccionamiento de cuidado de Enfermería.** Rio de Janeiro, 2010. Tesis de Doctorado (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2010. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Coelho.

La presente tesis de doctorado tiene como objeto de estudio el cuidado de Enfermería de clientes con implante de valvula cardíaca mecánica después de la alta hospitalario, con énfasis en las informaciones de salud y en las orientaciones de Enfermería que resultan en un proceso educativo permanente. Objetivos: Identificar los tipos de cuidados desarrollados por los clientes a partir del aprendizaje de las orientaciones de Enfermería, tornándolos hábitos de cuidar cotidianos. Discutir la importancia del aprendizaje de los cuidados de Enfermería a ser desarrollados por los clientes, conforme preconizado en la Agenda de Cuidados. Analizar la implementación de la Agenda de Cuidados como tecnología de perfeccionamiento de las acciones de Enfermería en el Ambulatorio de Cardiología. La contextualización del cuidado versa sobre la organización y la práctica de Enfermería, explicitando conceptos y definiciones para los cuidados, bases epistemológicas y educación aplicada en la práctica diaria de los cuidados. Refuerza la promoción de salud como aprendizaje constante y accesible, favorece el cambio de los hábitos de vida, posibilitando la conscientización y permite transformar la realidad para el desarrollo de una sociedad con cualidad de vida. Metodología: pesquisa de naturaleza cualitativa, descriptiva con abordaje etnometodológica, que desvela el cotidiano de los clientes con implante de valvula mitral mecánica después de la alta hospitalario, en la vida habitual a partir de los cuidados de Enfermería diseccionados para la práctica de cuidar. La escena de la pesquisa fue en el Ambulatorio de Cardiología de Hospital Federal dos Servidores do Estado, de la Red del Sistema Único, localizada en el centro de Rio de Janeiro, Brasil. Los sujetos fueron 48 clientes con implante de válvula mitral mecánica después de la alta hospitalario. Resultados: los datos obtenidos por entrevistas estructuradas y no-estructuradas y observación participante, con registros en el diario de campo mediada por la Agenda de Cuidados, evidenciaran que los clientes hacen e priorizan los cuidados atribuyendo significados cuando obtenidos efectos inmediatos y positivos, reflejan conocimientos, practican cuidados como habituales en cotidiano. La experiencia significativa para cada cliente, modela comportamientos diferenciados, llevándolo a vivenciar y desarrollar cuidados en los diferentes ciclos de vida y de cuidados, rescata el ciudadano pro-activo a través de estrategias de abordaje individualizada. Fue comprobado que la Agenda de Cuidados es una tecnología de perfeccionamiento, en forma digital, con recursos metodológicos y tecnológicos posibilitando el conocimiento de los hábitos de cuidar de los clientes. Los datos confirman que el dinamismo y la complejidad de las acciones de cuidados de Enfermería motivan los clientes en aprender nuevas maneras de practicar el cuidado, cuando cuestionan y perciben que los beneficios que llevan el rescate de la salud. Confirmada la tesis defendida de que “los clientes desarrollan con más atención las acciones de cuidados cuando disponen de informaciones de salud y orientaciones de cuidados de Enfermería, llevando una acción educativa con manutención y recuperación de la salud.”

Palabras-clave: Cuidados de Enfermería, Cirugía cardíaca, valvula mitral, Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	15
▪ A Motivação da Temática e a Trajetória Profissional	15
▪ Objeto de Estudo	15
▪ A Problematização do Objeto de Pesquisa	30
▪ Questões Norteadoras	34
▪ Objetivos	35
▪ Tese	35
▪ A Arte Bibliográfica e a Temática	38
▪ Justificativa	41
▪ Contribuições do Estudo	42
<b>CAPÍTULO I – CONTEXUALIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA EM BASES TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICAS</b>	45
I.1. Revisitando a história de procedimentos técnicos, métodos e modelos na organização da Enfermagem	45
I.2. O Cuidado de Enfermagem no Ambulatório de Cardiologia: o cliente e as situações de cuidados	49
I.3. A Fisiologia e a Doença da Valva na vida cotidiana do cliente	55
I.4. O Cliente, o Adoecer e a Valvopatia Mitral	58
I.5. Os Clientes e as Ações Educativas em Saúde	63
I.6. A Promoção da Saúde e a Situação de Cuidados dos Clientes	68
I.7. O Cliente e a Valva Mitral Mecânica: a valorização da rotina de cuidados diários	74
<b>CAPÍTULO II – ABORDAGEM METODOLÓGICA</b>	
II.1. O Caminhar da Contextualização e as Definições da Etnometodologia	80
II.2. O Método Etnometodológico	81
II.3. A Natureza da Pesquisa	82
II.4. Apresentando o Cenário do Estudo na Perspectiva da Etnometodologia	88
II.5. Conhecendo os Sujeitos da Pesquisa	90
II.6. Questões Éticas	91
II.7. Os Critérios da Pesquisa	92
II.8. Técnica de Coleta de Dados	93
II.9. As Técnicas de Pesquisa e a Validação dos Instrumentos	99
II.10. Etapas da Coleta de Dados	100
II.11. Tratamento e Análise dos Dados Coletados	100
II.12. Análise e Interpretação dos Resultados	104
<b>CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
III.1. A Agenda de Cuidados como Estratégia de Cuidar no Ambulatório de Cardiologia e como Instrumento de Coleta de Dados	112
III.2. Perfil Sociodemográfico dos Clientes com Valva Mitral Mecânica após a alta hospitalar	118

(continua)

(continuação)

<b>CAPÍTULO IV – MANEIRAS DE AGENDAR AS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA VIDA COTIDIANA DOS CLIENTES E AS CATEGORIAS EMPÍRICAS</b>	
IV.1. As Categorias Empíricas	142
IV.2. Os Etnométricos	144
1 – Cuidar para viver / vital	144
2 – Cuidados que contribuem para o bem estar / confortável	145
3 – Cuidados para manter a saúde / saudável	147
4 – Cuidar com detalhes / detalhado	151
<b>CAPÍTULO V – A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA PARA OS HÁBITOS DE CUIDAR DOS CLIENTES E AS CATEGORIAS ANALÍTICAS</b>	
V.1. Categorias Analíticas	162
1ª categoria: Os cuidados e os tipos de cuidar de clientes no cotidiano	164
2ª categoria: Os cuidados de Enfermagem para o bem estar do cliente	172
A) Subcategoria – A recriação do cotidiano dos clientes como hábito de cuidar	180
B) Subcategoria – Os detalhes do cuidado de Enfermagem na vida diária	182
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	198
▪ Recomendações e Limitação	204
▪ A materialização da idéia da tese	205
<b>REFERÊNCIAS</b>	211
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	230
<b>APÊNDICE B – Diário de Campo</b>	234
<b>APÊNDICE C – Agenda de Cuidados</b>	235
<b>APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Livre ou Não-Estruturada</b>	236
<b>APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada</b>	237
<b>ANEXO A – Folha de Rosto de Cadastro da pesquisa no CONEP</b>	239
<b>ANEXO B – Termo de Aprovação do protocolo de pesquisa</b>	240

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

### FIGURAS

Diagrama 1 – Cadeia de Cuidados de Enfermagem do Cliente com Implante de Valva Mitral Mecânica	37
Diagrama 2 – Identificação dos Cuidados de Enfermagem	157
Diagrama 3 – Ciclo Contínuo dos Cuidados de Enfermagem	163
Diagrama 4 – Processo de Cuidados de Enfermagem	183
Fluxograma I – Etapa da Análise dos Dados	105
Fluxograma II – Porta de Acesso ao Ambulatório de Cardiologia e a Especificidade do Cuidado do Cliente com Valva Mitral Mecânica	107
Fluxograma III – Clientes Submetidos à Cirurgia Cardíaca	110
Fluxograma IV – Agenda de Cuidados	116

### QUADROS

Quadro 1 – Síntese da Coleta de Dados na Pesquisa Etnometodológica	102
Quadro 2 – Demonstrativo dos elementos comuns do cuidar e dos cuidados dos clientes durante as observações, diário de campo, entrevistas e Agenda de Cuidados	142
Quadro 3 – Etnométricos	143
Quadro 4 – Classificação dos Etnométricos e as Categorias Analíticas	161
Quadro 5 – Elementos comuns do cuidar e dos cuidados dos clientes durante as observações, diário de campo, entrevistas e Agenda de Cuidados	161
Quadro 6 – Etnométricos	161
Quadro 8 A - Detalhes dos Cuidados	185
Quadro 8 B - Detalhes dos Cuidados	186

### TABELAS

1 – Distribuição dos Sujeitos da Pesquisa	119
2 – Distribuição dos Clientes quanto ao Gênero e Faixa Etária	123
3 – Distribuição dos Clientes quanto ao Gênero, Faixa Etária e Estado Civil	125
4 – Características dos Clientes segundo os Diagnósticos Clínicos	126
5 – Distribuição dos Clientes conforme a Procedência Regional	129
6 – Distribuição dos Clientes de acordo com a Escolaridade	130
7 – Distribuição dos Clientes do Sexo Feminino quanto às Atividades Laborais	131
8 – Distribuição dos Clientes do Sexo Masculino quanto às Atividades Laborais	133



É próprio da natureza do ser vivo:  
nascer, crescer, florescer, multiplicar,  
frutificar, amadurecer, encantar e  
fenecer. Reviver nos corações  
sensíveis, nos trajetos, nas histórias,  
nos encantamentos e na essência de  
toda uma existência.  
(A autora)

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### A Motivação da Temática e a Trajetória Profissional

Hábitos de cuidar no cotidiano de clientes com implante de valva cardíaca mecânica integram um processo de repetição freqüente de atenção a uma determinada necessidade de cuidados, que requer tempo para mudanças no comportamento mental ou emocional; interação com o ambiente em que vive; incorporação de novos conhecimentos de acordo com a habilidade, os sentimentos e as crenças de cada um; além das informações de saúde e orientações de Enfermagem a serem desenvolvidas, conforme o entendimento e as maneiras diferenciadas de praticar os cuidados na vida diária.

A assimilação destes conhecimentos pelos clientes, bem como das técnicas e tecnologias de cuidar, exige tempo para que cada um identifique suas necessidades de cuidado e seja capaz de utilizar estratégias que permitam superá-las cotidianamente. Assim, obtendo efeitos positivos na recuperação, promoção e manutenção da saúde a partir do entendimento de como realizar o cuidado devido e da necessidade de mudanças comportamentais. Neste processo, novos conhecimentos serão incorporados, passando a ser considerados indicativos para o aprimoramento do cuidado de Enfermagem.

Diante destes pressupostos o **objeto de estudo** desta tese é o cuidado de Enfermagem de clientes com implante de valva cardíaca mecânica após a alta hospitalar, com ênfase nas informações de saúde e nas orientações de Enfermagem que resultem em um processo educativo de cuidar permanente.

A opção por este tema teve como propósito identificar, discutir e analisar estes cuidados como tecnologia de aprimoramento das ações de Enfermagem na vida diária



destes clientes, preocupada com os diversos modos de cuidar em Cardiologia e sempre em busca da compreensão de situações que implicam em cuidado dos clientes com cardiopatias isquêmicas, cardiopatias hipertensivas, miocardiopatias, valvopatias, cardiopatias congênitas, arritmias, pericardiopatias, aortopatias e cor pulmonale crônico, consideradas patologias prevalentes no Ambulatório do hospital que foi cenário da pesquisa.

Esta preocupação justifica-se diante do fato de que estes clientes necessitam de acompanhamento nas etapas de recuperação e manutenção da saúde visto que, mesmo após a cirurgia, permanecem com doença cardíaca que pode ser resultante de uma disfunção preexistente. Em decorrência, precisam ser submetidos a constantes reavaliações clínicas, com menores intervalos de tempo, repetições de exames complementares pelas sintomatologias apresentadas e pelos achados dos exames físicos durante as consultas de acompanhamento cardiológico. Paralelamente, é preciso considerar também as medidas preventivas, a adesão à terapêutica proposta, os esclarecimentos de dúvidas e tudo aquilo que envolve o cotidiano de cada um.

Eis porque todos os dias, no Ambulatório de Cardiologia, aguardo o comparecimento dos clientes que necessitam de cuidados. Embora seja um procedimento de rotina, com expectativas, questionamentos, a busca de soluções para os problemas que surgem carece de novos olhares para indagações e respostas que devem ser avaliadas, sintetizadas e contextualizadas previamente, de acordo com a informação teórica, permitindo alternativas para o embasamento prático.

Neste cenário, pesquiso modos de conhecer as necessidades de cada cliente com o propósito de inserir na prática habitual formas de descrever, explicar, prever e prescrever este conhecimento para orientar a prática de Enfermagem. Tais conhecimentos permitem o reconhecimento das etapas de aprendizado dos clientes, mediante informações e

orientações a respeito dos cuidados que se relacionam com as situações vivenciadas por eles, articulando e simplificando os modos de cuidar que representam o entendimento do que seja o cuidado<sup>1</sup> de Enfermagem.

Partindo desta condição, vinculo o modo de fazer o cuidado diário dos clientes com base no cuidado de Enfermagem, visando minimizar as dificuldades e limitações sentidas pelos clientes de uma forma harmônica com o seu ambiente. Acredito que todos possam ser motivados para aplicação de uma prática de cuidados, de um jeito fácil que possa suprir suas necessidades, incorporando novos conhecimentos, considerando comportamentos, crenças e atitudes de cada um.

Para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, não é fácil a tarefa de ensinar o cliente a aprender. Na realidade, acrescenta McEwen (2009), a Enfermagem tem um compromisso social de prestar atendimento de saúde aos clientes nas diferentes etapas do *continuum* saúde-doença. Portanto, é uma abordagem passível de revisão teórica e refinamento na prática, com base em novos conhecimentos, objetivando o bem estar e a promoção da saúde. Assim, nestas diferentes etapas, caracterizei os clientes em três grupos:

- o primeiro, composto pelos que seguem as três etapas próprias do tratamento, que são: o pré-operatório realizado no Ambulatório de Cardiologia, a hospitalização na Unidade de pré-operatório, a cirurgia e o pós-operatório no Centro de Assistência Cardiológica.

- o segundo, formado pelos clientes hospitalizados diretamente na Unidade de pré-operatório por urgências clínicas, submetidos à cirurgia a seguir, com o

---

<sup>1</sup> Trata-se da inserção de cuidados de Enfermagem na vida habitual de quem foi submetido à cirurgia de implante de valva mitral mecânica, a exemplo da observação dos horários para a administração de anticoagulante oral, controle de sangramentos, cuidados para evitar traumas no corpo, dentre outros, a fim de evitar infecções, trombozes, rompimento da valva e quaisquer outros agravos à saúde (DUTRA; COELHO, 2010).

pós-operatório no Centro de Assistência Cardiológica;

- e o terceiro grupo, integrado pelos que são hospitalizados diretamente no Centro de Assistência Cardiológica por urgências cirúrgicas e, em seguida, encaminhados para a cirurgia.

Muitos destes clientes atendem a objetivos e critérios de estudos das equipes multiprofissionais, principalmente com a finalidade de melhoria da assistência. Neste sentido, é um ganho para ambas as partes terem expectativas comuns e satisfação de conhecer, saber, informar e orientar, assim propiciando uma troca de conhecimentos visando o bem estar e a qualidade de vida dos clientes, de acordo com as situações de cuidados que cada um apresenta.

No que concerne à Enfermagem, McEwen (2009) considera quatro padrões de conhecimentos: o empírico (a ciência da Enfermagem); o estético (a arte da Enfermagem); o pessoal e o ético. E por mais que as múltiplas formas de conhecimentos dependam umas das outras para o monitoramento e interpretação dos cuidados com o uso do anticoagulante oral, há observância dos cuidados para manutenção do bem estar.

Desta forma o conhecimento estético, ou a arte da Enfermagem, aborda a individualidade, a situação de cuidados e a totalidade do cliente, a exemplo do ajuste das rotinas diárias após o implante de valva cardíaca, e das necessidades sociais, espirituais, psicológicas e físicas. O conhecimento pessoal deriva da interação interpessoal, com liberdade de expressão e reação diante dos efeitos produzidos, na medida em que as situações de cuidados são atendidas. Quanto ao conhecimento ético, é utilizado no cuidado de Enfermagem para promoção da saúde, visando alcançar o bem estar do cliente.

Embora a motivação para esta tese vincule-se à minha Dissertação de Mestrado (DUTRA, 2005) apresentada e defendida na Escola de Enfermagem Anna Nery da

Universidade Federal do Rio de Janeiro, associa-se também à minha trajetória profissional, tendo como consequência a preocupação com os cuidados de Enfermagem que os clientes com problemas cardíacos precisam desenvolver após a hospitalização.

As histórias se repetem no cotidiano, de acordo com a visão de mundo de cada um, até mesmo por aqueles que receberam altas ou estão retornando ao Ambulatório para acompanhamento médico e de Enfermagem. Nesta ocasião, em que descrevem suas dificuldades, limitações e obstáculos vivenciados em decorrência da cirurgia e das etapas de recuperação, implicando em algum prejuízo no desenvolvimento normal de atividades consideradas habituais.

À época da minha pesquisa de Mestrado, a abordagem junto a clientes com implante de valva mitral mecânica, após a alta hospitalar, visava saber como estes desenvolviam os cuidados cotidianos recomendados, individualmente diferenciados, considerando suas vivências, realidades de vida e condições de saúde. Constituiu-se em experiência que permitiu constatar que todos demonstravam preocupação em falar a respeito dos cuidados habituais que mantinham equilibrados não só o funcionamento da valva cardíaca, mas também as suas condições de saúde (DUTRA; COELHO, 2005).

Sendo assim, a minha atenção ainda voltada para estes clientes resultou em nova pesquisa, agora com enfoque na fase de recuperação, em especial na dimensão física, na dor, nas limitações das atividades, nos cuidados profiláticos com os procedimentos invasivos devido aos riscos de infecção da valva mecânica, no uso do anticoagulante oral para evitar complicações, na gravidez, nos procedimentos cirúrgicos e nas dietas, cuidados estes que levam ao equilíbrio das funções orgânicas, resultando na completa adesão à terapêutica proposta, com isso evitando uma nova hospitalização.

A conclusão do estudo, intitulado *Agenda de Cuidados: o cuidar e os cuidados cotidianos de clientes com implante de valva mitral mecânica*, permitiu a identificação

das dificuldades que os clientes apresentavam, bem como o tempo necessário para que superassem suas limitações físicas momentâneas, convencendo-me de que o processo de cuidar não pode ficar restrito às dependências do hospital; ao contrário, deve fazer parte integral da vida diária de cada cliente.

Na atualidade, no contexto de trabalho em que me envolvo, observando a clientela, coletando informações analisadas ao longo dos anos de atividade profissional, renovo minhas expectativas em relação aos cuidados e ao processo de mudanças de hábitos nesta etapa de vida destes clientes. Sinto-me também privilegiada por fazer parte de um cenário onde os cuidados de Enfermagem de “todos os dias” restituem e fortalecem o ato de cuidar, evidenciado pela reciprocidade do cliente e pelo enriquecimento resultante da aquisição de novos conhecimentos.

Por um lado, integrar este cenário é uma forma de rever a prática e aprofundar os conhecimentos, principalmente nas questões em que os clientes referem dificuldades. Por outro lado, tenho a possibilidade de analisar situações vivenciadas pelos clientes discernindo o que é comum a cada etapa do processo saúde, doença e cuidados para recuperação e manutenção da saúde, incentivando a realização dos cuidados com sentido de dar vida à própria vida.

A proposição deste estudo, com ênfase nos cuidados de Enfermagem para clientes com implante de valva mitral mecânica no período após a alta hospitalar<sup>2</sup>, baseia-se na possibilidade de que estes desenvolvem melhor e com mais atenção as ações de cuidados quando dispõem de informações de saúde e orientações de Enfermagem, podendo estas ações educativas levar à manutenção e à recuperação da saúde.

Este pressuposto é uma reflexão em relação aos conhecimentos sobre o processo

---

<sup>2</sup> Alta hospitalar expressão utilizada quando o cliente obtém alta médica, porém não obtém alta dos cuidados de Enfermagem, que aprendem e incorporam estes novos conhecimentos que se transformam de acordo com a visão de mundo na vida habitual.

de cuidar, principalmente quando existem dificuldades ou limites que modificam a vida cotidiana do cliente. Ademais, corroborando Toth (2003), são ações fundamentais para a prática dos serviços de saúde, principalmente em Cardiologia, atividades que se complementam, sendo a informação um elemento que define os parâmetros da prática e, principalmente, as necessidades dos serviços.

Segundo Zago (1994), as orientações de Enfermagem são descritas como um ritual cujo significado simbólico determina características, valores, conhecimentos, crenças e padrões culturais. Trata-se de um processo individualizado envolvendo o direcionamento e a solução de problemas, com o intuito de ajudar o cliente a melhor lidar com suas dificuldades.

Neste sentido, devem ser elaboradas estratégias a partir dos conhecimentos sistematizados de Enfermagem e de outras ciências, subsidiadas pelo domínio do conhecimento clínico e permeadas pela reflexão, interpretação e análise, visando adequar condutas cotidianas às situações de cada cliente, assim construindo um cuidado individualizado passível de ser agregado ao próprio contexto de vida em um processo contínuo de ensinar a aprender.

McEwen (2009) define o processo de ensinar como o ato intencional de transmitir informações frequentemente, enquanto o aprender seria a facilitação do aprendizado. Embora os atos estejam interrelacionados, o aprendizado ocorre como um processo diferente do individual. Assim, o cliente é ajudado a aprender como fazer a transição da obtenção do conhecimento para o aprendizado.

Por isso, no cuidado de Enfermagem são utilizadas ferramentas como técnicas e tecnologias, que possibilitam a otimização do aprendizado dos clientes com implante de valva mitral mecânica, tornando-se um saber-fazer com criatividade inserido nas atividades cotidianas.

Dentre outras motivações para a abordagem desta temática, está a minha trajetória profissional nos Serviços de Cardiologia e de Cirurgia Cardíaca durante 18 anos, exercendo atividades assistenciais voltadas para os cuidados de clientes com disfunções cardiovasculares no pré e pós operatório mediato e após a alta hospitalar.

Logo que iniciei estas atividades na Unidade de Cirurgia Cardíaca, identifiquei situações de rotina em relação aos cuidados dos clientes nos períodos pré e pós alta hospitalar. Nesse sentido, no Ambulatório Pré-Hospitalar, os clientes participavam de palestras realizadas pela equipe multidisciplinar composta por 03 enfermeiros, 08 médicos (04 Cardiologistas e 04 Cirurgiões em Cirurgia Cardíaca), 01 Fisioterapeuta, 01 Assistente Social, 01 Psicólogo e 01 Psiquiatra.

O objetivo desta equipe era mostrar ao cliente e à sua família uma realidade mais próxima daquela que iriam vivenciar, permitindo que visualizassem todas as fases da cirurgia a que o cliente se submeteria. Esta iniciativa contribuía para minimizar ansiedades, além de esclarecer as dúvidas que envolvessem o processo de tratamento da doença, inclusive orientando nas etapas do preparo pré, trans e pós-operatório imediato e os respectivos procedimentos.

A equipe desenvolvia estas atividades utilizando recursos didáticos, a exemplo de cartazes, audiovisuais, manuais, palestras e apresentação de miniaturas que representavam o cliente na Sala Cirúrgica, a Unidade de Terapia Intensiva e a Unidade de Pré e Pós Operatório. Os enfermeiros dispunham de quatro salas, uma delas dividida em três setores: a Unidade I, representando a Sala de Cirurgia; a Unidade II, de Terapia Intensiva; e a Unidade III, de Hospitalização (de pré e pós operatório mediato). Estas Unidades podiam ser visualizadas em miniatura, com seus mobiliários e equipamentos tudo confeccionado pelos próprios profissionais.

Após este breve período de adaptação, os clientes eram encaminhados do

Ambulatório de pré operatório de cirurgia cardíaca para a hospitalização na Unidade de Pré e Pós Operatório mediato, a fim de se submeterem ao tratamento cirúrgico. Invariavelmente, traziam consigo um livreto intitulado ‘Manual de Orientação para Pacientes de Cirurgia Cardíaca’, elaborado por enfermeiros da equipe multidisciplinar, no qual a descrição dos cuidados após a alta eram mais direcionados aos aprazamentos das medicações e às observações das complicações decorrentes do uso do anticoagulante oral. Pouca ênfase era dada ao próprio cuidar, embora no texto houvesse em destaque a seguinte observação: *“quaisquer anormalidades e dúvidas, dirigir-se ao hospital ou telefonar”*.

Esta abordagem sempre despertou a minha atenção, pois, percebia que mesmo tendo sido a alta programada com uma semana de antecedência, quando chegava aquele momento crucial, os clientes e a família ainda não sabiam como deveriam agir, já que estavam começando a vivenciar seus desafios: muitos não tinham sequer organizado sua rotina de vida diária, nem o próprio espaço de cuidado no âmbito domiciliar.

Este modelo de assistência, com fórmulas prescritivas e normativas predeterminadas de cuidados, estimulava o meu desejo de revisitar as práticas de cuidar, visando ampliar conhecimentos a respeito do real estado de saúde de cada cliente, sobretudo apreendê-lo integralmente como membro de uma equipe multiprofissional, até por considerar que tais práticas deveriam ultrapassar os modelos propostos.

É importante assinalar que, de fato, aguardava com crescente expectativa o retorno dos clientes e suas famílias para ter a oportunidade de enfatizar os cuidados que deviam realizar e transmitir as informações e/ou orientações em relação às dúvidas que surgissem durante os afazeres cotidianos.

Para tanto, utilizava o plano individual de alta hospitalar previsto como um anexo daquele Manual de Orientação, por ser uma característica da rotina do sistema de saúde



em países desenvolvidos e organizados em relação aos problemas de saúde. Nessa linha de raciocínio, segundo Shepperd (2004), alguns planos são oferecidos como parte integrante de um pacote de cuidados que integra a rotina hospitalar, podendo ainda servir de orientações à comunidade.

Estudos como o de Huber e MacClelland (2003) tem mostrado que o ideal é que o planejamento da alta seja iniciado logo após a admissão do cliente, ou mesmo antes da internação, ainda em nível ambulatorial, o que permitiria a identificação das suas necessidades reais ou potenciais. A propósito, um roteiro constituído de atividades de ensino, informações necessárias à manutenção da saúde e serviços disponíveis na comunidade, pode ser utilizado com a finalidade de facilitar a transição do cliente para o domicílio, dando-lhe condições para uma vida mais independente (PATEMAN; MC HUGH, 2003).

Os cuidados habituais após a alta hospitalar vêm despertando a atenção dos profissionais de Enfermagem na busca de fenômenos que sinalizem para a realização de pesquisas a respeito do conhecimento dos clientes acerca dos riscos a que serão submetidos. Neste sentido, experimentam um *continuum* ensinar e aprender levando-os à harmonia dos cuidados dentro da própria realidade e do alcance da qualidade de vida.

Dutra e Coelho (2005) identificaram que os clientes submetidos à cirurgia cardíaca apresentam impedimentos cotidianos para realizar o próprio cuidado, dentre os quais insônia, dor, ansiedade e memorização, agravados pelo fato de que eles e os familiares enfrentam diversos desafios durante a realização das atividades cotidianas após a alta hospitalar. A pesquisa realizada mostrou a necessidade de se pensar em novas formas de atuação voltadas para um cuidar específico, além do desenvolvimento de estratégias e ações educativas que auxiliem o cliente a alcançar autonomia no que se

refere ao processo de cuidar de si. Conforme ressaltam Lunardi e Lunardi Filho (2004), cuidar de si é um processo que se dá a partir de reflexões, da compreensão e da vivência de suas atividades diárias, numa prática em que o componente ético do cuidado deve ser constantemente buscado e estimulado.

Dutra e Coelho (2008), em pesquisa sobre o “Tempo de cicatrização do coração: cuidar e cuidados do cliente para superar as dificuldades depois da cirurgia”, constataram que 48 clientes com implante de valva mitral mecânica relacionaram a cicatrização do coração à superação das dificuldades. Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que: a cicatrização do coração depende do tempo transcorrido desde a cirurgia cardíaca, associado às condições do dia a dia, estilo de vida, reinício das atividades diárias e superação das dificuldades vivenciadas após a alta, demandando um período que varia de 30 dias a 24 meses; os clientes têm consciência das dificuldades de readaptação ao cotidiano; e que é preciso ter equilíbrio emocional, apoio e incentivo profissional e familiar para que consigam superar esta fase.

Nesta tese, novos conhecimentos são propostos no cotidiano profissional, como as técnicas e tecnologias organizadas a partir das situações ou dos problemas dos clientes, facilitando as diferentes maneiras de abordar o cuidado de Enfermagem, buscando aprimorar os diversos modos de fazer os cuidados nos cenários de saúde, mediante utilização de instrumentos e técnicas de coleta, análise e registro das informações, tendo como finalidade integrar os clientes no desenvolvimento destas estratégias de recuperação da saúde após a alta hospitalar.

As tecnologias<sup>3</sup> são consideradas como a elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado; são formas de ação, modos de fazer o cuidado. Então, é possível pensar o

---

<sup>3</sup> O termo tecnologia provém do Grego *tekhologia* - tratado ou dissertação sobre uma arte, exposição das regras de uma arte- e é formado a partir do radical grego *tekhno-* (de *tékhné-* arte, indústria e ciência) e do radical grego- *logía* (de *logos-* linguagem, proposição) (HOUAISS, 2009).

modelo de cuidado como um processo tecnológico, classificado como uma tecnologia leve-dura por ser estruturado em uma série de passos ou normas que o definem ou orientam para a realização do cuidado (ROCHA; PRADO; WAL, 2008).

Por esta razão, as tecnologias são utilizadas na elaboração e aplicação de um modelo de cuidado que seja assimilado como um novo conhecimento, permitindo aos clientes utilizá-lo na vida diária, de acordo com a própria criatividade.

As diferentes maneiras de abordar o cuidado lançando mão de tecnologias, não alteram a premissa de que o cuidado de Enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma, objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos; outra, subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

Neste sentido, o cuidado somente se estabelece quando há utilização concomitante das duas esferas e uso adequado da tecnologia, que pode ser compreendida como mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade instrumentos para fortalecer e qualificar o cuidado de Enfermagem.

Portanto, a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, neste caso, o cuidado em saúde<sup>4</sup>.

Também a tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo na construção do saber (e em sua própria expressão); ela se apresenta desde o momento da idéia inicial, da elaboração, da implementação do conhecimento, e como resultado dessa mesma construção. Ou seja, é ao mesmo tempo processo e produto. Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes

---

<sup>4</sup> Refere-se a todos os aspectos da provisão e distribuição de sistema de saúde a uma população. (Descritores em Ciência da Saúde)

e no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato (ROCHA; PRADO et al., 2008).

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: *leves* - as tecnologias de relações, do tipo produção do vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho; *leves-duras* - os saberes bem estruturados que operam nos cuidados de saúde, como a organização das atividades dos profissionais em saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos na Clínica Médica, na Enfermagem, na Cardiologia, na Epidemiologia, na Comunicação, dentre outras; e *duras* - os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MERHY, 2005).

A tecnologia, então, não é só a aplicação da ciência, ou simplesmente um modo de fazer; é também uma decisão em relação ao seu uso, que os profissionais de saúde devem repensar ao utilizá-la já que, a partir daí, poderão construir mediações e escolher, dentro de certas possibilidades, o que devem querer, ser e fazer (AYRES, 2002).

As tecnologias do cuidado são conceituadas como “todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados para o cuidado de Enfermagem” (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000, p. 125). Portanto, no presente estudo, trata-se de buscar evidências dos resultados das práticas cotidianas de cuidados, a partir do aprendizado das orientações de Enfermagem desenvolvidas pelos clientes após a alta hospitalar, segundo orientações específicas recebidas dos profissionais desta área, confirmando a importância da realização do cuidado após a alta hospitalar, que é o foco desta pesquisa.

Collière (1999) entende a tecnologia como uma arte, um conhecimento dos instrumentos e de tudo que dependa de sua criação, elaboração, justificativa para sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles.

Sendo assim, discutir tecnologia não significa discutir equipamentos modernos, e

sim a eficácia de determinados saberes, dessa forma é válido construir estratégias de intervenção que produzam o efeito desejado nos processos de saúde e doença, do normal e do patológico, da vida e da morte.

Os cuidados de Enfermagem recorreram a tecnologias diversas, sendo as principais todas as que servem à manutenção da vida: cuidados correntes de higiene, alimentação, conforto e apresentação, sempre acompanhados por um suporte relacional indissociável do ato de prestar cuidados. Depois, instrumentos e técnicas de reparação cada vez mais complexos foram acrescentados, aos quais se somaram todas as tecnologias da informação (COLLIÈRE, 1999).

As tecnologias da reparação invadiram progressivamente o campo dos cuidados de Enfermagem, desde os mais simples instrumentos até as máquinas mais complexas, originando o difícil dilema do limite da sua utilização e real finalidade, isto porque a utilização de qualquer utensílio de reparação exige um conhecimento preciso da disfunção a compensar ou remediar, a fim de se adequar o instrumento proposto para suprir uma determinada deficiência (Op.cit.).

Considerando que os clientes com implante de valva mitral mecânica necessitam de tecnologias diversas e de um suporte relacional indissociável ao ato de desenvolvimento dos cuidados, em todas as fases do tratamento submetem-se às tecnologias de reparação, e por meio de sua utilização adequam, compensam e suprem as deficiências sentidas no dia a dia.

Para ser utilizado, todo instrumento de reparação exige uma justificativa em relação à natureza do mal, da deficiência ou da limitação funcional que tem de reparar ou compensar. Além disso, precisa situar-se em relação aos hábitos e atividades de vida. As tecnologias da informação agrupam-se em torno de dois tipos de instrumentos principais: os que constituem os planos de cuidados (ou de ação sanitária) e os que

contribuem para a gestão do serviço de Enfermagem (COLLIÈRE, 1999).

As tecnologias do cuidado são pertinentes ao estudo e contribuem para facilitar o processo de assimilação dos novos conhecimentos visando a reinserção do cliente à vida normal, seja na restituição da autonomia para o desenvolvimento dos cuidados, na identificação da natureza das dificuldades ou na superação dos desafios.

O domínio destas tecnologias permite aos clientes: recriação, readaptação, reintegração e aprimoramento dos cuidados, com base nos contínuos ensinamentos de Enfermagem, possibilitando-lhes conhecer e adequar estes cuidados à vida diária, de acordo com a própria realidade. Mas é preciso considerar que existem aspectos característicos que impedem os clientes de se adequarem aos cuidados habituais, seja por déficit de conhecimento acerca dos cuidados, verbalização da deficiência de conhecimento ou habilidade, solicitação de informação, expressão da percepção incorreta acerca do estado de saúde e desempenho ineficaz de um comportamento de saúde prescrito ou desejado, dentre outros.

Carpenito (2005) acrescenta que outras características também podem estar presentes, como falta de integração do plano de tratamento às atividades da vida diária, e exibição ou expressão de alteração psicológica (ansiedade, depressão) resultante de desinformação ou de informação incorreta.

Considero importante destacar estes aspectos, que favorecem a aquisição de novas estratégias de alcance do cliente frente aos sintomas orgânicos da incapacidade e das limitações físicas. Todavia, deve-se reconhecer que o cliente envolvido no processo saúde e doença, de imediato prioriza o que necessita fazer e escolhe as mudanças que devem ser incorporadas na vida cotidiana, a partir do seu próprio aprendizado.

McEwen (2009) argumenta que existem fatores que interferem diretamente no processo de aprendizado. Esta interferência pode ser mal interpretada e considerada

como falta de atenção ou não comprometimento. No decorrer do processo de investigação, o profissional de saúde deve estar alerta para quaisquer problemas cognitivos ou físicos que possam interferir no aprendizado. Problemas potenciais na fase inicial de recuperação incluem audição, visão ou coordenação ruim, bem como raciocínio ou memória prejudicados. As crenças pessoais e culturais também devem ser levadas em conta durante o ensino.

### **A Problemática do Objeto de Pesquisa**

Os cuidados de saúde do cliente com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar, podem ser alcançados com informações de saúde, ou seja, dados que cercam resumidamente uma situação e orientações de Enfermagem para o reconhecimento global de uma situação. Este novo conhecimento leva este cliente a preencher suas necessidades, experimentando novos conhecimentos, resultando em mudanças de comportamento que propiciam a promoção e a manutenção da saúde.

Os cuidados de saúde devem ir além do consagrado pelo senso comum como um conjunto de procedimentos técnicos direcionados para o sucesso de um tratamento. Devem, sim, ser compreendidos através de uma reflexão filosófica e de uma atitude prática diante dos significados que as ações de saúde expressam em diversas situações que necessitam de medidas terapêuticas (AYRES, 2002).

Neste aspecto, as ações de saúde dos clientes do estudo expressam as situações de cuidados de Enfermagem direcionadas tanto a informações como a orientações de cuidados, baseadas em tecnologias específicas.

Rocha, Prado e Wal (2008) argumentam que a elaboração e a aplicação de um modelo de cuidado é um tipo determinado de tecnologia, pois é uma forma de ação, um modo de fazer o cuidado.

É importante destacar que a fase de recuperação do cliente após o implante da valva cardíaca, considerado um grande tratamento cirúrgico (BOGOSSIAN, 2007), pode prolongar-se por uma semana até dez dias, por fim estendendo-se por um a dois meses, tardiamente, até a completa cicatrização das lesões ou superação da fase de ganho ponderal, sendo que cada período exige cuidados diários com a própria saúde, uma elaboração contínua de conhecimentos a partir das experiências cotidianas.

A construção destes conhecimentos deve ser baseada nas necessidades identificadas e no que consideram essencial para adaptação no dia a dia, levando em conta as abordagens dos aspectos emocionais e intelectuais em todas as fases do tratamento: pré e pós-operatório, tempo de hospitalização e de cirurgia; redução dos riscos de complicações e reinternações, tendo como finalidade a aplicação de novas idéias para o atendimento destes clientes.

As atividades de esclarecimentos e orientações com fins educativos tiveram origem na década de 40, época em que vários estudos concluíram que as complicações pós-operatórias poderiam ser minimizadas ou mesmo evitadas pelo processo educativo do cliente (FOX, 1998). Estas constatações fazem-se presentes atualmente, sendo creditado ao ensino do cliente não só a redução da ansiedade e das complicações pós-operatórias como também, realçada a importância da sua participação ativa na própria reabilitação.

Nos anos 90, os diagnósticos e prescrições consolidaram-se, embora ainda sejam pouco utilizados na prática hospitalar, visando ajudar o cliente a recuperar sua saúde e alcançar melhor qualidade de vida (CIANCIARRULO, 2003).



A Enfermagem busca desenvolver conhecimentos específicos desta área, que a caracterizam enquanto disciplina, sem deixar de manter uma importante articulação com as demais áreas de conhecimentos. Neste contexto, seus profissionais vêm adquirindo conhecimentos específicos através de pesquisas sobre as nuances do cuidado e o manuseio de equipamentos, aparelhos e materiais específicos para o tratamento dos clientes hospitalizados, buscando o aprimoramento do cuidado.

Nesta linha de raciocínio, a contextualização da minha experiência na Unidade de Cirurgia Cardíaca envolveu situações de clientes que retornaram para nova hospitalização por infecção na ferida cirúrgica, decorrente da falta de higienização da pele, porque ele teve medo de lavar o local da cicatriz. Outro problema resultou de um trauma durante um jogo de bola, cerca de 90 dias após a alta hospitalar do cliente, causando-lhe um volumoso edema e um extenso hematoma que culminou em um novo procedimento cirúrgico no fêmur direito e uma nova hospitalização de 60 dias. Houve também a constatação do uso irregular das medicações, principalmente de anticoagulantes orais, que causaram discrasias sanguíneas<sup>5</sup> e eventos como trombos e rompimentos de vasos sanguíneos, com sérios transtornos na vida dos clientes.

À medida que as situações aconteciam, era possível perceber que estes fatos associavam-se a questões específicas, a exemplo da organização do ambiente do cuidado na própria realidade, o saber lidar com esses cuidados no dia a dia, os problemas socioeconômicos, familiares e as condições das atividades físicas e laborais de cada um.

Neste sentido, as pesquisas bibliográficas com enfoque nos clientes de cirurgia cardíaca têm sido mais direcionadas para o pré e pós-operatório imediato. Acredito que estas preocupações decorram das inovações técnicas e tecnológicas em relação ao

---

<sup>5</sup> Qualquer alteração envolvendo os elementos celulares do sangue, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas (GUYTON, 2006)

tratamento cirúrgico, limitando-se ao cuidado especializado no contexto vivenciado pelo cliente, enquanto hospitalizado.

No entanto, a alta hospitalar gera na família sentimentos ambíguos: de felicidade e alívio, pelo retorno ao lar do seu ente querido; de medo e insegurança, pelas mudanças no estilo de vida que a própria doença acaba impondo à família, que precisará estar envolvida nos cuidados necessários à plena recuperação do cliente (POMPEO; PINTO et al., 2007). Este, por sua vez, mesmo envolto em sentimentos de insegurança, passará a vivenciar uma fase de vida em que deverá estar disposto a adquirir novos conhecimentos para superar dificuldades cotidianas momentâneas, na maioria das vezes.

Portanto, os clientes necessitam vivenciar tais desafios no próprio ambiente doméstico, estabelecendo prioridades em suas necessidades, enfrentando determinadas situações e superando a apreensão que sentem no desenvolvimento dos cuidados diários, ratificando o pensamento de Certeau (1999, p.245) no sentido de que o cotidiano se inventa com “mil maneiras de fazer”; caracteriza-se por ser construído, a todo o momento, de uma forma própria.

Em face desta realidade, permito-me inferir que o correto desenvolvimento dos cuidados pode estar associado ao conhecimento adquirido pelos clientes a partir de ações educativas em saúde durante todas as fases do tratamento, e ratificadas no Ambulatório quando no período de acompanhamento após alta hospitalar, ocasião em que demonstram o desejo de aprender e, por vezes, apresentam-se inquietos acerca da perspectiva da própria recuperação, revelando-se indivíduos que se descobrem em um novo contexto de vida, decorrente da cirurgia a que foram submetidos, e buscam entender as causas que contribuíram para que adoecessem.

Silva (1996) ressalta que a enfermidade vivenciada por uma pessoa afeta não apenas o seu físico, mas a própria identidade, causando-lhe um sofrimento que também

atinge a dimensão psicossocial. Por sermos seres humanos, não deixamos de sentir, de ficar preocupados com o que aceitamos ou não, com o que é cultural ou socialmente consentido quando estamos doentes. É importante, portanto, que o cuidado traga à compreensão não só o que o homem pensa, mas também o que sente.

Ao indagarem, muitas vezes não objetivando o que querem saber exatamente, os clientes revelam situações que demandam cuidados que agora integram o seu cotidiano, porque é um conhecimento novo, mesmo antes de saber da relevância que tem no processo de recuperação da própria saúde. As respostas às suas indagações são importantes porque é preciso atendê-lo em suas expectativas. Já os cuidados que devem receber, são definidos de acordo com as necessidades que apresentam, com base em conhecimentos teórico-práticos do profissional de Enfermagem, cujo objetivo maior é o de contribuir na evolução favorável deste processo.

Sob este enfoque, destacam-se as Questões Norteadoras, os Objetivos, a Justificativa e as Contribuições.

### **Questões Norteadoras**

Com vistas à problemática apresentada, qual seja a importância do aprendizado dos cuidados de Enfermagem para que sejam corretamente desenvolvidos no cotidiano de clientes com valva mitral mecânica, foram estabelecidas as seguintes **questões norteadoras**:

1. Qual é a importância do aprendizado das orientações de Enfermagem para o desenvolvimento dos cuidados pelos clientes, após a alta hospitalar?
2. Como os clientes desenvolvem o hábito de cuidar no cotidiano, a partir do aprendizado das informações de saúde e orientações de Enfermagem?

Para responder a estas questões, foram determinados os objetivos a seguir.

### **Objetivos**

1. Identificar os tipos de cuidados desenvolvidos pelos clientes a partir do aprendizado das orientações de Enfermagem, tornando-os hábito de cuidar cotidiano.
2. Discutir a importância do aprendizado dos cuidados de Enfermagem a serem desenvolvidos pelos clientes, conforme preconizado na Agenda de Cuidados.
3. Analisar a implementação da Agenda de Cuidados como tecnologia de aprimoramento das ações de Enfermagem no Ambulatório de Cardiologia.

Considerando a descrição do fenômeno, a delimitação do objeto de estudo e dos objetivos, foi proposta a seguinte **Tese**: os clientes com implante de valva mitral mecânica desenvolvem os cuidados diários com mais atenção quando dispõem de informações de saúde e orientações de Enfermagem, podendo estas ações educativas levar à recuperação e manutenção da saúde.

A tese foi construída de forma objetiva, com o intuito de redescobrir, reinventar e reelaborar um instrumento que amplie o campo de observação diária dos fenômenos que caracterizam estes clientes, um grupo que precisa dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar visando a recuperação da saúde, a promoção do conforto e bem estar e, sobretudo, a inclusão de novos hábitos cotidianos em suas vidas.

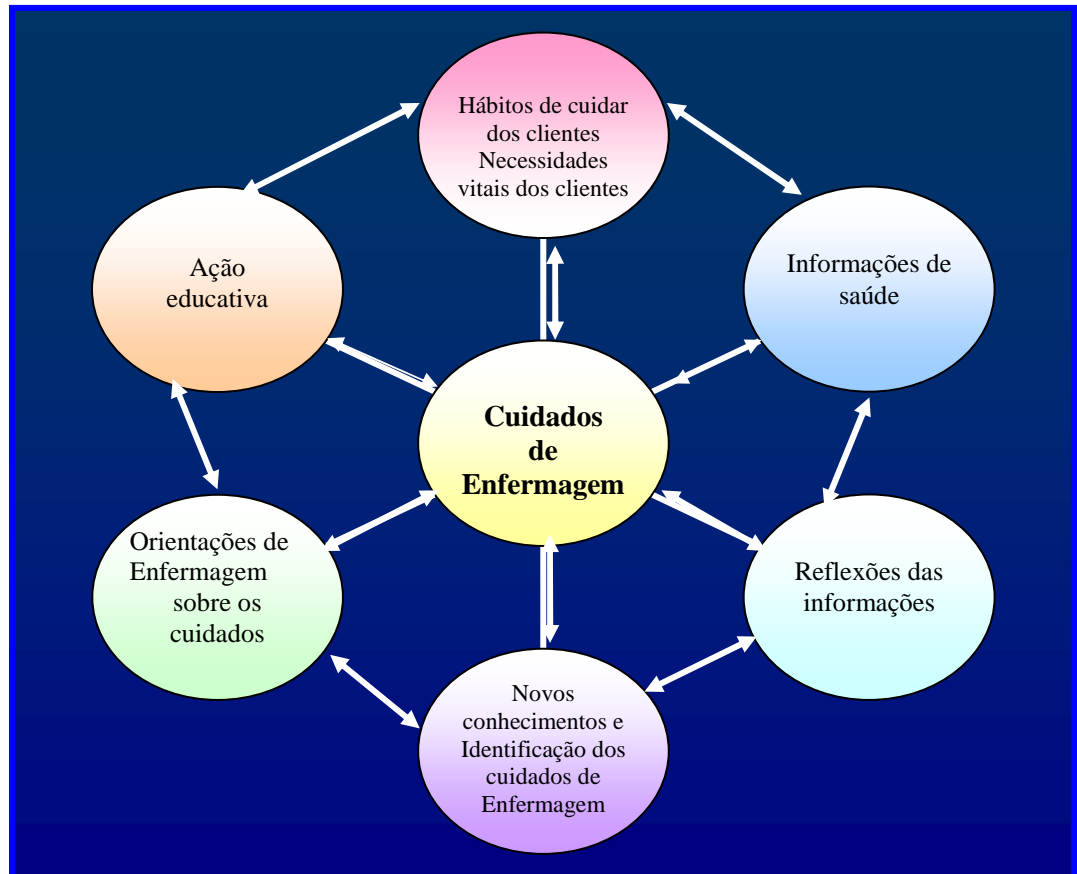
A fim de solucionar estas questões sobre os cuidados de Enfermagem e garantir a continuidade destes, utilizei instrumentos que tiveram por finalidade identificar, selecionar e organizar as idéias, aprofundando o conhecimento teórico-prático sobre os problemas vivenciados pelos clientes no período após alta hospitalar. Nesta perspectiva, observei que eles tinham informações sobre riscos e benefícios de aderir ou não aos cuidados, porém, mostravam-se inseguros e quase incapazes de superar as dificuldades

de uma etapa importante de vida, que implicava em realizar mudanças em seus hábitos, crenças, comportamento e necessidades vitais.

Portanto, não se trata de levar o cliente a buscar maneiras de desenvolver o cuidado, mas sim, de fazê-lo perceber a necessidade de aproximar-se deste cuidado naturalmente. Castro e Camargo (2008) acrescentam que as manifestações do corpo diante de uma doença ou tratamento, podem exigir ações técnicas, e que estas devem ser realizadas junto com os cuidados cotidianos habituais após a alta hospitalar, de forma espontânea e responsável.

O cuidado aprimorado em ações que exijam tecnologias apropriadas para atender situações que envolvem os clientes, é um processo caracterizado como cadeia de cuidados de Enfermagem (Diagrama 1). Prevê hábitos de cuidar dos clientes e necessidades vitais dos clientes; informação de saúde; reflexões das informações, novos conhecimentos e identificação de cuidados; orientações de Enfermagem sobre os cuidados e ação educativa abrangendo cuidados que requer do cliente um aprendizado que inclui mudanças nos hábitos de vida para assegurar o atendimento de suas necessidades vitais.

**Diagrama 1- Cadeia de Cuidados de Enfermagem do cliente com implante de valva mitral mecânica**



Fonte: Dutra; Coelho, 2010.

**Cuidados de Enfermagem:** ações de cuidados interpretados, aprendidos e realizados pelos clientes, após terem sido incorporados novos conhecimentos àqueles que já possuem acerca de determinada situação de cuidados.

**Hábitos de cuidar dos clientes:** maneiras que se repetem no agir: criam, recriam, repetem, reforçam, experimentam novas maneiras de ser; proceder e executar atos que assegurem a continuidade da vida dentro de um grupo ou instituição social.

**Necessidades vitais dos clientes:** são as que asseguram a continuidade da vida e contribuem para o seu desenvolvimento.

**Informações de saúde:** são as que permitem fornecer aos clientes dados acerca da situação de cuidado a ser desenvolvido no dia a dia.

**Orientações de Enfermagem:** são as que possibilitam ao cliente reconhecer, refletir em relação à situação de cuidados, estabelecer e elaborar os cuidados de acordo com as necessidades, adaptando-os às atividades cotidianas.

**Ação educativa:** é uma estratégia de cuidar que promove o aprendizado; ou seja, a mudança no comportamento do cliente a respeito do cuidado, envolvendo assimilação de novos conhecimentos na vida diária.

Baseado nestes entendimentos a respeito dos significados das palavras inseridas no texto, a Cadeia de Cuidados de Enfermagem direcionada aos clientes com valva mitral mecânica compõe-se de ações, maneiras, necessidades, informações, prioridades e estratégias que possibilitarão a relação do cliente com os cuidados cotidianos.

Trata-se, pois, de uma abordagem que visa situar o cliente no seu contexto de vida, compreendendo seus hábitos e necessidades vitais. De acordo com Collière (1999), este é o processo antropológico que consiste em identificar costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto.

### **A Arte Bibliográfica e a Temática**

No período de 03 de setembro de 2007 a 31 de março de 2010 foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos, dissertações e teses sobre a temática, disponíveis nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), Base Minerva, Catálogo da ABEN e Portal CAPES, observando o recorte temporal de 1999 a 2009, com a finalidade de obter resultados de pesquisas com enfoque qualitativo. Foram

utilizados como descritores: Cuidado de Enfermagem / Valva mitral / Cirurgia cardíaca, e também a combinação de palavras e descritores: Cuidado de Enfermagem e Cirurgia de valva mitral / Cirurgia cardíaca e valva mitral / Educação em Saúde e Cirurgia cardíaca.

O resultado obtido a partir deste levantamento evidenciou o seguinte: com as palavras Cuidado de Enfermagem / Valva mitral – um total de 83 artigos científicos, sendo 59 internacionais e 24 nacionais, dentre os quais 09 de Enfermagem. Com as palavras Cirurgia cardíaca / Valva mitral – localizados 61 artigos internacionais, 387 nacionais na Psicologia, na Cardiologia, na Epidemiologia e outras áreas, e 04 artigos na área de Enfermagem. Com as palavras Educação em Saúde e Cirurgia cardíaca, identificados 63 artigos científicos internacionais, 124 artigos nacionais, sendo 23 na área de Enfermagem.

As publicações mundiais sobre o acompanhamento de clientes com implante de valva mitral mecânica após hospitalização, a partir de 1998, em especial na Europa, direcionam o foco de interesse para a elaboração de um projeto de cuidados integrados desde a avaliação pré-operatória até a alta extra-hospitalar, estabelecem protocolos, planos, folhetos, cartilhas e manuais, enfim todo um arcabouço de cuidados voltados para a comunicação, educação e a participação do cliente, visando a sua satisfação e qualidade de vida.

As idéias de criação de programas educacionais surgem para identificar e intervir nas possíveis complicações após a cirurgia cardíaca, principalmente quando os clientes obtêm alta hospitalar, pois estes devem se sentir confiantes para o desenvolvimento das atividades de cuidado, mesmo estando distantes de uma Instituição de Saúde.

No levantamento do Estado da Arte, foi verificado que a partir de 1998, os estudiosos demonstraram constantes preocupados, em especial os de países como



Alemanha, Inglaterra, Canadá e Estados Unidos, no sentido de dar continuidade aos cuidados após a alta hospitalar. Esta continuidade se baseia no planejamento e na implementação de cuidados, com identificação dos seus riscos, além da educação em saúde, consideradas medidas vitais para a familiarização dos clientes em relação à manutenção da própria saúde.

Na literatura nacional, a partir de 2001, as abordagens sobre os clientes cardiopatas voltaram-se para os aspectos biológicos e/ou possibilitaram um enfoque educacional somente nas fases de pré e pós operatório imediato.

Poucos foram os estudos voltados para os clientes após a alta hospitalar, destacam-se os que foram relacionados à cirurgia cardiovascular, como a seguir: Levantamento de subsídios para assistência de enfermagem ambulatorial a pacientes portadores de valvopatia aórtica (KUBO; COLOMBO; GALANNI; et al., 2001). Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar (DANTAS; AGUILAR, 2001), Alta Hospitalar e sua importância na visão dos enfermeiros (PEREIRA; TESSARINI et al., 2007). Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem aos pacientes em terapia anticoagulante (BARBOSA; MAFEI, 2004), Seguimento dos portadores de próteses valvares (JACOB, 2007).

No entanto, houve uma investigação importante, realizada por meio de ensaios clínicos randomizados, com um enfoque educacional em Enfermagem Cardiovascular baseada em evidências, sendo utilizadas estratégias de educação e acompanhamento de clientes, individualmente e em grupo. A avaliação foi realizada diante das condições de saúde, sociais, econômicas e culturais, o custo e a efetividade clínica das intervenções educativas de Enfermagem na redução da estimativa de risco de eventos cardiovasculares, quando comparadas ao cuidado convencional, sem acompanhamento

sistemático/individual (RABELO; ALITI et al, 2007).

### **Justificativa**

A escassez de estudos acerca da temática foi essencial como ponto de partida para construir novos saberes relacionados com a natureza do cuidado, possibilitando a ampliação de conhecimentos e áreas específicas.

Este conhecimento nas áreas da Cardiologia, da Cirurgia Cardíaca, da Educação, da Nutrição, da Epidemiologia, da Psicologia, da Antropologia e da Sociologia, porque abrangem questões que emergem da prática profissional em um contexto que exige conhecimentos técnicos específicos, quaisquer que sejam os cenários da prática.

A partir daí, o uso de tecnologias de cuidados para que os clientes possam alcançar aos cuidados de saúde, após a alta hospitalar, nestes cenários hospitalares, pois, não são encontradas metodologias específicas que favoreçam o conhecimento do cliente. Sendo assim, a utilização de uma metodologia como suporte e aplicação possibilitam uma abordagem individual do cliente, com seguimento de ações em que as questões do cuidado de Enfermagem trazidas pelos próprios clientes, de maneira regular.

Deste modo, o cliente pode vincular as atividades do cotidiano com os cuidados de Enfermagem, tendo em vista que esta metodologia pode ser implementada como uma tecnologia de aprimoramento da qualidade das ações de Enfermagem no ambulatório de Cardiologia.

### **Contribuições do Estudo**

No ensino, a produção de conhecimentos sobre o cuidado relacionado com a temática abordando a Etnometodologia, poderá fornecer subsídios aos docentes de Enfermagem para que possam instigar o interesse dos futuros enfermeiros na questão do enfoque da educação em saúde, como facilitadores de mudanças ou transformações no cotidiano da sociedade, visando a promoção da saúde e a qualidade de vida de seus integrantes. Sendo assim, como material didático, o estudo poderá contribuir para enriquecer a construção de conhecimentos de Enfermagem relacionados à Cardiologia e à Cirurgia Cardíaca, e também preencher lacunas de conhecimento nessas áreas de atuação de Enfermagem.

Na assistência, a participação dos profissionais que atuam pesquisando, elaborando e discutindo estratégias para educação em saúde, poderá contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde junto aos departamentos de gestões hospitalares, visando a organização dos serviços para o processo de acreditação hospitalar.

O desenvolvimento da pesquisa também fornecerá elementos que poderão ser explorados pelos clientes com implante de valva mitral mecânica, a respeito dos cuidados específicos que precisarão desenvolver e as formas como deverão ser realizados, apreendidos e incorporados em diferentes situações, permitindo a melhor organização de suas atividades no dia a dia.

Na pesquisa, os resultados obtidos poderão ser adicionados a outros estudos, gerando novos conhecimentos e o fortalecimento da ciência de Enfermagem, direcionando os saberes para divulgação em periódicos, dissertações, teses, monografias, bibliotecas virtuais, escolas e faculdades.

Também esta pesquisa, junto ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, poderá contribuir evidenciando uma temática com interesse em investigar os cuidados de Enfermagem aprendidos pelos clientes e realizados por eles no cotidiano.

A pesquisa vincula-se ao eixo temático denominado Cuidado de Enfermagem Hospitalar, da Linha de Pesquisa Enfermagem Hospitalar.

No Grupo de Pesquisa Cuidar / Cuidados de Enfermagem, os resultados do estudo favorecerão a troca de saberes científicos com o conseqüente redirecionamento para a prática assistencial por meio de ações educativas voltadas para aqueles clientes, traduzidas em novos estudos sobre o tema e futuras replicações.

Acredita-se, ainda, ser de importância o produto decorrente da pesquisa, como estratégia de aprimoramento da tecnologia, com retorno social em curto prazo, redução de custos financeiros e sociais para essa clientela específica e para a assistência de Enfermagem.

Para elucidar as questões apresentadas, a tese foi assim estruturada:

✓ **Considerações Iniciais** - enfocando o cuidado de Enfermagem, o objeto de estudo, as questões norteadoras, os objetivos, a justificativa e as contribuições do estudo.

✓ No primeiro Capítulo – **Contextualizando o cuidado de Enfermagem no ambulatório de Cardiologia em Bases Teórico-Epistemológicas**, a abordagem foi realizada a partir de um breve histórico sobre a organização da Enfermagem, destacando-se os conceitos e definições voltados para os cuidados e as bases teórico-epistemológicas, bem como a prática no cotidiano dos clientes com implante de valva mitral mecânica.

✓ No segundo Capítulo - **Abordagem Metodológica**, a abordagem

etnometodológica permitiu buscar a identificação e a importância das orientações de Enfermagem inseridas na vida habitual do cliente com valva mitral mecânica.

✓ No terceiro Capítulo – **Análise e Discussão dos Resultados**, é possível visualizar o fluxograma da porta de acesso e a caracterização do perfil dos clientes.

✓ No quarto Capítulo - **As maneiras de agendar os cuidados de Enfermagem pelos clientes e as Categorias Empíricas** – foram destacados os cuidados identificados e vivenciados pelos clientes.

✓ No quinto Capítulo - **A construção do cuidado de Enfermagem para os hábitos de cuidar dos clientes na vida cotidiana e as Categorias Analíticas** - ocorreu a discussão dos cuidados desenvolvidos através da Agenda de Cuidados.

✓ **Considerações Finais** – apresentando as reflexões e sugestões a partir dos resultados desta pesquisa, com destaque para os aspectos levantados pela análise do perfil dos clientes, as contribuições para a Enfermagem Cardiológica e Cardiovascular, como também as limitações encontradas durante a realização do estudo, levando em consideração novos campos e possibilidades de inovações na tecnologia do cuidado de Enfermagem para clientes com implante de valva mitral mecânica.

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTUALIZANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA EM BASES TEÓRICO- EPISTEMOLÓGICAS**

Este capítulo versa sobre a organização e a prática de Enfermagem, explicitando conceitos e definições voltados para os cuidados, tendo como referenciais teóricos: Coelho (2009) e Collière (1999), e Freire (2006) na Educação, e também apresentando as bases teórico-epistemológicas da profissão.

A prática cotidiana junto aos clientes com implante de valva mitral mecânica que vivenciam a fase de recuperação após a hospitalização, foi contextualizada com vistas a identificar de que forma estes clientes utilizam a Agenda de Cuidados como tecnologia de aprimoramento dos cuidados resultantes das ações de Enfermagem no Ambulatório de Cardiologia do Hospital onde o estudo foi desenvolvido.

#### **I.1 Revisitando a história de procedimentos técnicos, métodos e modelos na organização da Enfermagem**

Um breve histórico sobre a organização, técnica, métodos e modelos em Enfermagem é oportuno, para que o leitor possa conhecer o fundamento dos procedimentos que se iniciaram no final do século XIX, na Inglaterra Vitoriana, em 1860, por iniciativa de Florence Nightingale (1820-1910).

As técnicas baseadas em conhecimentos científicos possibilitaram a instrumentalização do cuidado de Enfermagem, fazendo surgir a preocupação com o meio ambiente do cliente, a necessidade de luz, de ar fresco, de silêncio e, principalmente, de higiene (NIGHTINGALE, 1989).

As primeiras manifestações organizadas e sistematizadas de saber nesta área de

conhecimento tem descrições detalhadas do que deve ser executado pela Enfermagem, passo a passo, inclusive do material a ser utilizado. Podem se referir tanto a procedimentos relacionados ao cliente (técnica de curativo), como a rotinas administrativas (alta hospitalar) ou procedimentos de manuseio do material hospitalar (montagem da sala de cirurgia) (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Organizadas como um saber no início do século XX, nos Estados Unidos, passaram a compor manuais técnicos, sendo reconhecidas como a arte de Enfermagem. Com o tempo, as técnicas foram se modificando, desde a simples descrição detalhada de um procedimento até a apropriação de saberes de outras áreas, para encontrar as razões das próprias atividades. Esta articulação permitiu que a Enfermagem fosse também vista como uma ciência, a partir do reconhecimento de que “o acervo de técnicas de Enfermagem é que faz esta tensão entre a ciência e a arte” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p 62).

A partir da década de 50 teve início a construção dos princípios científicos de Enfermagem, na época vistos como um avanço em relação às técnicas profissionais, pois representavam a incorporação dos princípios da ciência à prática propriamente dita. Esses princípios constituem um saber que precede as teorias que embasam a profissão; constam de livros como *Princípios Científicos da Enfermagem*, um clássico da época, editado em 1950 nos Estados Unidos, e que teve a sua primeira edição brasileira publicada em 1965. No prefácio, as autoras inventariam as ciências que estariam relacionadas com esta área de conhecimento e explicam que o termo *princípio* “significa um fato científico que justifica os métodos em prática” (McCLAIN; GRAGG, 1999, p. 78).

Na década de 70 a Dr<sup>a</sup> Wanda de Aguiar Horta foi a pioneira, no Brasil, na divulgação dos estudos cujos resultados publicou em 1979, no livro intitulado

*O Processo de Enfermagem.* Todas as etapas deste método foram documentadas, permitindo gerar conhecimentos a partir da prática, resultando no seguinte modelo: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem, evolução e prognóstico.

Desta forma, o Processo de Enfermagem, normatizado no Artigo 8º da Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/86, que dispõe das incumbências do enfermeiro, dentre as quais “a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”, emergiu com o objetivo de organizar o Serviço de Enfermagem hospitalar, ou seja, garantir a autonomia profissional através da sistematização das ações de Enfermagem (HORTA, 1979; SILVA et al., 1993).

Nos anos 50 e 60, enfatizando o modelo americano de assistência baseado nos princípios científicos, o tecnicismo foi incorporado como forma de organização do trabalho do enfermeiro e, a partir da década de 70, a Enfermagem assimilou a nova onda norte-americana das teorias de Enfermagem, buscando consolidar-se como ciência e alcançar um *status* social (RIZZOTTO, 1999).

Com o passar das décadas, o tipo de organização da assistência de Enfermagem, associado ao modelo de gestão tradicional, baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, linear, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. Entretanto, a Enfermagem conformou-se basicamente com uma cultura do *fazer disciplinar* sem, contudo, refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir nos micro espaços do cotidiano (NASCIMENTO; BACKES; KOERICH et al., 2008).

No século XXI continua uma transformação substancial na qualidade da assistência, nos procedimentos técnicos, métodos e modelos, principalmente com possibilidades de inovar metodologias que levassem ao aprimoramento do cuidado de Enfermagem.



De acordo com Reppetto e Souza (2005), a apropriação de ferramentas, tanto conceituais quanto técnicas, tem sido a base para o desenvolvimento das atividades de cuidados cotidianos, até porque as ferramentas necessitam de uma articulação conceitual com a prática.

Nesta busca de tecnologias para o desenvolvimento das atividades de cuidado de Enfermagem, a cada dia, na prática habitual, os métodos, modelos e procedimentos técnicos prestam-se a novas possibilidades de aprimoramento, com o objetivo único de conhecer o cliente cercado de necessidades que podem ser solucionadas a curto, médio e longo prazos, como os cuidados de Enfermagem que precisa desenvolver após o implante de valva mitral mecânica.

Para a organização e a prática deste cuidado, é necessário observar o método científico, com propostas sistematizadas e individualizadas, de acordo com a demanda de situações de cuidados, a exemplo do Processo de Enfermagem. De acordo com Potter e Perry (2009), este é um método para a organização e prestação do cuidado de Enfermagem. Dell Acqua e Miyadahira (2002) acrescentam que Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) são termos empregados para fazer referência também à forma de organizar a assistência.

Considera-se que a SAE trabalha numa perspectiva organizacional mais ampla, que permite a implementação do Processo de Enfermagem na prática. Este consiste no próprio trabalho da Enfermagem, porém, sua aplicação à prática se dá por meio de metodologia específica, alicerçada em uma teoria de Enfermagem (FULY; et al., 2008).

Inicialmente utilizada como instrumento de ensino, a SAE foi enunciada pela primeira vez na literatura americana por Linda Hall, em 1955, que observou ser a prática de Enfermagem baseada na observação e avaliação sucessiva das intervenções

realizadas, como relatam Cianciarullo (2003) e Figueiredo et al. (2006).

Kruse (2003, p112) acrescenta que

no trabalho da Enfermagem é empregada uma metodologia que organiza o conhecimento e o cuidado do cliente, denominada Processo de Enfermagem, cujo uso permite a aplicação dos fundamentos teóricos da Enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado.

Nas décadas de 80 e 90, a equipe de Enfermagem passou a adotar informalmente a SAE como terminologia para nomear o Processo de Enfermagem, só recebendo apoio legal do Conselho Federal de Enfermagem em 2002, por meio da Resolução nº 272 (COFEN, 2003). No entanto, como ressaltam Hermida e Araújo (2006), essa Resolução foi insuficiente para a implantação e implementação desta metodologia assistencial, pois muitas dificuldades nesse sentido ainda hoje são encontradas nas instituições de saúde.

Figueiredo et al. (2006) ressaltam que o método permite aplicar os conhecimentos teóricos de Enfermagem na prática cotidiana do cuidado, contribuindo para o fortalecimento da profissão enquanto ciência, atendendo com mais precisão e eficiência as necessidades humanas básicas do cliente / paciente.

Sendo assim, os cuidados de Enfermagem no ambulatório de Cardiologia surgem como novos conhecimentos teóricos e devem ser aplicados na prática cotidiana, contribuindo no atendimento das necessidades de cuidados do cliente.

## **I.2 O Cuidado de Enfermagem no Ambulatório de Cardiologia: o cliente e as situações de cuidados**

No ambulatório de Cardiologia, cenário dinâmico que tem pontos de chegada e partida de clientes que buscam assistência de saúde e de cuidados de Enfermagem individualizados, a implementação de uma metodologia requer um processo de cuidado que lhes assegure a realização das atividades da vida diária.

O ambulatório é um ambiente social constituído de normatizações administrativas de cuidados para atender aos diferentes modos de cuidar de cada especialidade, direcionadas a uma variedade de grupos sociais que procuram assistência para as suas necessidades de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o ambulatório é toda unidade destinada a prestar assistência em regime de não internação ou com internação por um período de até 24 horas.

O contexto ambulatorial é um espaço importante para os clientes, servindo de ligação entre a hospitalização e a vida cotidiana extra-hospitalar. Esse movimento de presença diária de clientes no Ambulatório desperta atenção quanto aos cuidados, principalmente quando liberados da hospitalização para a alta hospitalar, com perspectivas de possíveis reinternações porque estão convalescentes, sujeitos aos cuidados de Enfermagem que, se forem observados atentamente, propiciarão melhor qualidade de vida.

O processo de cuidar no espaço ambulatorial engloba um conjunto de ações utilizadas a partir das tecnologias e técnicas, além da elaboração dos cuidados de forma criativa. É, portanto, um “setor integrante do hospital, onde é assistido o cliente cujo estado físico não requer internações” (FERREIRA, 2004, p 38).

Waldow (2004) acrescenta que o cuidado deve ser entendido como uma forma de viver, de ser e de se expressar, enquanto contribuição para o bem estar e promoção das potencialidades e da dignidade humana.

Partindo deste entendimento, os clientes expressam seu desejo: “*quero cuidar para viver normalmente*”; mas esta forma de viver dependerá da maneira como estiver entendendo a situação, isto porque tem medo da dependência física, e este cuidado tem que corresponder à sensação de bem estar, de poder agir por si no atendimento das próprias necessidades.

Coelho (1999, p.9) refere-se ao cuidado no ambulatório, entendido como um elemento inclusivo dentro de um processo maior, o de cuidar, que requer suporte reflexivo, criativo, cognitivo, técnico e gerencial para assegurar os atos de cuidado.

Para Grinberg (1996), os clientes com valvopatias crônicas assistidos no ambulatório, na maioria das vezes cursam longos períodos de tratamento clínico, e é geralmente a ineficácia da terapêutica clínica, a partir de uma determinada fase da evolução natural da doença, que determina a necessidade de intervenção cirúrgica.

Nesta etapa da doença, os clientes solicitam informações, necessitam de conhecimentos sobre o processo de assistência médica e de orientações de Enfermagem; refletem, buscam diálogos compreensivos acerca de situações que vivenciam e precisam de um diagnóstico relacionado ao processo da saúde, doença e cuidados, para que retornem à vida habitual e a própria realidade.

Por isso, é importante a elaboração de planejamento mais adequado dos cuidados de Enfermagem, considerando não apenas os aspectos fisiológicos, mas também os psicológicos e sociais da doença, incluindo o seu significado para o cliente e para aqueles com quem ele convive (KING, 1994).

Para a elaboração de planos, instrumentos, cartilhas, agendas ou quaisquer instrumentos que permitam trocas de experiências e informações, é preciso que a comunicação estabelecida ocorra pelo conhecimento estético, ou seja, pela percepção, intuição, interação, conduta e empatia entre o profissional e o cliente.

Esta comunicação é um instrumento básico na construção de estratégias que almejam um cuidado humanizado como, por exemplo, utilização de uma linguagem acessível, valorização da escuta atenta, de um sorriso expressando confiança, de um olhar demonstrando tranquilidade, de um toque carinhoso proporcionando apoio e conforto e, sobretudo, de uma palavra de ânimo que eleve a auto-estima do

cliente (MORAIS; COSTA, 2009).

Cavalcanti e Coelho (2007) complementam esclarecendo que a prática dos cuidados integra e pressupõe a comunicação interpessoal, visto que só existe ação se existir diálogo, proximidade, troca, certeza, confiança, saber um do outro, encontro de idéias, motivação para realizações e disposição de repetir tudo de novo, diariamente. Portanto, entender os tipos de comunicação interpessoal utilizados no cotidiano destes clientes torna-se essencial para a compreensão da essência do cuidado.

Buber (1982) considera que este relacionamento dialógico permite o autoconhecimento e o heteroconhecimento, já que toda a vida proporciona momentos de encontro, e desses encontros é que surgem as relações dialógicas. Para isso, o homem precisa se conhecer como tal, entrar em relação com o mundo em toda sua totalidade, aceitando o outro também em sua totalidade e unicidade, permitindo que ocorra, então, o desenvolvimento de uma responsabilidade genuína, que só existe onde existe o responder verdadeiro.

E assim, tudo que é verdadeiro corresponde a uma totalidade, e conhecer o outro é uma responsabilidade, porque a base deste relacionamento, cliente e profissional, sendo o diálogo o início e o fim de toda atitude de cuidado.

No Ambulatório de Cardiologia, os clientes são submetidos à reavaliações clínicas que podem incluir a realização de procedimentos diagnósticos específicos, a exemplo de: exames laboratoriais, eletrocardiografias, testes ergométricos, ecocardiografias, cintigrafias, cintilografias, cineangiocoronariografias, pareceres e encaminhamentos para outras clínicas.

Essas avaliações contribuem para que fiquem ansiosos por informações e esclarecimentos detalhados a respeito da necessidade de tais exames, expondo suas fragilidades em relação à própria saúde, demonstrando atitudes emocionais imprevisíveis

diante da situação que vivenciam. Este estado de alarme em resposta ao estresse que existe no desenrolar destas atividades, é antecipado, imaginado ou mesmo lembrado de que tudo resulta em diagnóstico, e assim, caracteriza a ansiedade (HERCULANO-HOUZEL, 2007).

Estudos demonstram que clientes agendados para qualquer exame diagnóstico, invasivo ou não, apresentam as mesmas inquietações, visto que a ansiedade está relacionada à ameaça da integridade física e do bem estar, como também às implicações advindas do resultado diagnóstico (HARTFIELD; CASON et al., 1999).

Portanto, ao atender com regularidade esses clientes ambulatoriais, e também aqueles que chegam para a primeira consulta e não sabem ainda do que necessitam, nem dominam a sua realidade, percebo com clareza a carência de informações detalhadas que complementem o que já conhecem acerca da doença e dos cuidados.

Os clientes carecem de informações acerca dos respectivos tratamentos, a fim de saberem como vão manipular este processo de saúde e doença, os problemas, os impedimentos pós-cirúrgicos e o impacto das mudanças na vida diária, de acordo com a visão de mundo de cada um.

Resta e Budó (2004) enfatizam que a doença está intimamente relacionada à cultura, enquanto a saúde e a forma de reconhecer e tratar a doença estão diretamente relacionadas à visão de mundo do sujeito, a qual é influenciada, em grande parte, por crenças, atitudes e valores culturalmente construídos, que congregam sistemas referencias, tanto populares como científicos, diferenciados entre si.

A doença e outras condições e experiências vividas no âmbito do que se denomina vivência da saúde, não se limitam a uma simples referência biológica para quem a experimenta; ao contrário, mais amplamente, a condição vivida de saúde-doença serve de substrato para construções culturais, com novos conhecimentos, concomitantes

à experiência biológica (OLIVEIRA, 2002).

Eis porque considero que o cuidado desenvolvido pelo cliente tem efeito positivo quando proporciona bem estar, ensinando-o a conviver com a nova realidade, a conhecer os fatores que podem apresentar riscos e, sobretudo, a descobrir que pode saber mais sobre os cuidados e ser capaz de construir um novo modo de viver.

Sob este ponto de vista, o conhecimento quanto à saúde do cliente remete ao processo da doença, ao tempo de hospitalização, à situação atual com enfoque na necessidade de cuidar para evitar a infecção de ferida; de esclarecer todas as fases do processo de cicatrização da ferida cirúrgica; de explicar como deve ser realizada a limpeza local desta ferida, o que deve ou não ser aplicado sobre ela e quais as medidas de higiene que precisam ser mantidas, desta maneira promovendo cuidados específicos, despertando no cliente para novos hábitos cotidianos que o ajudarão a manter a saúde.

Grande parte dos clientes assistidos no Ambulatório de Cardiologia faz um detalhamento sobre o significado da doença em sua vida; não só expressam necessidades físicas, mas as sociais, espirituais, psicológicas. Assim, o conhecimento sobre a vivência destes clientes torna-se significativo, solidificando a relação interpessoal. Este conhecimento pessoal permite um relacionamento mútuo e um comprometimento com o cliente na descoberta de novos caminhos que facilitem os cuidados que deverão ser inseridos em suas atividades diárias para o bem-estar.

Ouvi-los, compreendê-los, dispensar-lhes a atenção que requerem proporcionando liberdade de expressão, significa uma oportunidade para que falem de suas angústias pessoais e existenciais, de seus medos em relação ao futuro, alguns chegando mesmo a 'esquecer' momentaneamente a própria doença e os cuidados a serem observados, principais motivos destes diálogos.

Carper (1978) identificou que um dos padrões de conhecimento na Enfermagem é

a sua arte, o seu conhecimento estético, este ouvir em todos sentidos, conhecer de fato a situação de cada um na sua totalidade. A propósito, Freire (2006, p. 82) considera que o diálogo é “uma relação horizontal. Nutre-se de amor, de esperança, fé e confiança. É uma relação de empatia entre os indivíduos na busca de algo que os tornam críticos”.

A habilidade de ouvir e de se aproximar do cliente favorece a relação terapêutica e abre espaço para a dimensão sensível do cuidado. Para isso, é relevante ter sensibilidade para perceber no outro os aspectos verbais e as expressões corporais, aspectos estes que nos instigam também s procura do autoconhecimento (TEIXEIRA, 2009).

Acrescento ainda que, para a prática diária, é necessário ter conhecimento empírico, pessoal, estético, ético, clínico e conceitual, além de conhecimentos científicos que levem à compreensão da realidade através de métodos e estratégias de pesquisas.

### **1.3 A Fisiologia e a Doença da Valva na vida cotidiana do cliente**

A palavra *valva* é originária do Latim; significa tanto as estruturas botânicas e zoológicas, quanto as cardiovasculares; *válvula* é o seu diminutivo (MERRIAN WEBSTER MEDICAL DICTIONARY, 2003). Em 1997, esta terminologia anatômica atual foi sistematizada pela Federação Internacional das Associações de Anatomistas, que publicou a *Nomina Anatomica* (Nomenclatura Anatômica), onde todas as estruturas macroscópicas do corpo humano são denominadas em Latim e em Inglês. Portanto, ficou estabelecido que o termo latino *valva* estivesse restrito às quatro estruturas cardíacas, enquanto o termo *válvula* vinculava-se às demais estruturas vasculares e viscerais, e também aos componentes da valva.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Anatomia, a valva possui válvulas.



Kawamoto (1999, p.94) explica que

a valva mitral separa o átrio e o ventrículo esquerdo e tem a função de realizar dois movimentos: o de abertura, que permite ao sangue passar do átrio esquerdo para dentro do ventrículo esquerdo; e o de fechamento, que impede o retorno ao átrio esquerdo do sangue que chega ao ventrículo esquerdo.

A valva mitral permite que o sangue siga o seu fluxo natural em uma única direção. O sangue que chega aos pulmões é oxigenado e encaminhado ao átrio esquerdo, de onde passa pela valva mitral e vai para o ventrículo esquerdo que, por sua vez, se contrai e impulsiona o sangue para a artéria aorta, que irá distribuí-lo com oxigênio para todo corpo (JUNQUEIRA, 2010).

Os problemas que acometem a valva mitral podem causar alterações em sua estrutura e funcionamento. Quando a valva está com dificuldade para abrir, devido à seqüelas de cardiopatia reumática, endocardite bacteriana, calcificação degenerativa ou envelhecimento, reduzindo o orifício por onde o sangue passa, ocorre o que se chama de *estenose mitral*. O sangue que chega ao ventrículo esquerdo pode retornar ao átrio esquerdo, caracterizando uma *insuficiência mitral* (Op. cit.).

A valva mitral pode ser anormal desde o nascimento (doença congênita), ter sua função deteriorada com o avanço da idade (doença degenerativa chamada prolapso de valva mitral), ser acometida pela febre reumática (doença reumática), por infecção (endocardite infecciosa) ou por obstrução das artérias coronárias (doença isquêmica do coração), dentre outras formas de acometimento (STOLF; LEMOS, 2004).

O processo patológico produz junção da comissura e contração fibrótica dos folhetos valvares, comissura e cordoalhas tendíneas. De acordo com Robson e Hunter 1987, p. 84) “a área da valva mitral normal varia de 4 a 6 cm<sup>2</sup> ; quando este valor estiver menor que 1,5 cm<sup>2</sup> significa que há estenose mitral grave e a cirurgia está indicada”.

A doença na vida do cliente evidencia, como foi dito, sentimentos de medo e

insegurança diante da necessidade de tomadas de decisões e adesões rápidas à terapêutica medicamentosa proposta, e aos cuidados de Enfermagem para a vida habitual.

O cliente com doença cardíaca, especificamente aquele com implante de valva mitral mecânica, busca encontrar explicação lógica para o aparecimento súbito do seu mal; está sempre procurando pelos motivos da doença, da cirurgia, e reconhece a necessidade de mudanças diante das limitações e desafios que a doença impõe e dos cuidados para a recuperação e manutenção da saúde.

A saúde e o adoecer são formas por meio das quais a vida se manifesta, e estas experiências singulares e subjetivas são difíceis de traduzir somente pelo significado da palavra, pois é na relação entre a experiência de saúde e/ou doença e a objetividade dos conceitos envolvidos que aprendemos a lidar com as mudanças existenciais próprias da condição humana (ANDERS; SOUZA, 2009).

A mudança de hábitos para o cliente é um desafio devido às experiências causadas pela doença e saúde; é uma questão de se amoldar a uma nova condição para desenvolver os cuidados.

Boschco e Mantovani (2007) argumentam que a experiência do adoecer é única para cada sujeito. Cada um se percebe de forma diferente no mundo, até pelas diferentes vivências, realidades e culturas familiares que possui. É também por esta razão que cada indivíduo desenvolve sentimentos e reações diferentes em relação à doença, podendo ser um momento de enfrentamento da vida, de depressão ou de desistência.

E no caso da doença cardiovascular, complementa Nogueira (2002), esta é vivenciada pelo cliente como uma ameaça à sua integridade, impedindo-o de atuar de maneira independente em seu ambiente; com isso, ocorre o desequilíbrio biopsicossocial, levando-o ao sofrimento emocional associado à cardiopatia.

A forma como o indivíduo percebe sua enfermidade pode influenciar os mecanismos individuais para satisfazer suas necessidades e a busca por serviços assistenciais. Entretanto, a adesão do tratamento, bem como a eficácia da assistência, pode depender muito da percepção individual e do aspecto emocional do indivíduo no que diz respeito à doença (REIS; GLASHAN, 2001).

Todas estas alterações fisiológicas levam o cliente a uma condição em que terá de aprender a conviver com fatores estressantes, inerentes à doença, como o tempo prolongado de tratamento e as inevitáveis mudanças no estilo de vida e no meio social, que alteram o seu modo de viver e o de sua família (RIBEIRO; MANTOVANI, 2001), fazendo com que a doença seja vivenciada como uma ameaça à integridade física, tornando-se um desafio a ser superado pelo reaprendizado de atitudes e a convivência com sua nova rotina de vida.

#### **I.4 O Cliente, o Adoecer e a Valvopatia mitral**

Falar de clientes com implante de valva mecânica subentende-se incluir o processo de adoecimento, da relação da doença que delinea a vida cotidiana. Esta relação abrange não só a rotina diária, mas os problemas de saúde considerados específicos das doenças crônicas, e ainda, que o cuidado enfatizado no cotidiano pode minimizar com adequação da realidade.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde desenvolvido com cem questões e enfoque transcultural (WHOQOL-100), aplicado junto ao cliente com valvopatia, objetiva avaliar a sua qualidade de vida nas duas últimas semanas. Muitas foram as respostas obtidas (*bastante* ou *extremamente preocupado*, *insatisfeito* ou *muito insatisfeito*, *nada* ou *muito pouco capaz*) a perguntas

referentes a como aproveitar a vida, otimismo em relação ao futuro, sentir-se incomodado por ter dificuldades em exercer as atividades cotidianas, vida dependente do uso de medicamentos ou de ajuda dos profissionais de saúde, acesso a bons cuidados médicos e capacidade de desempenho das atividades diárias (GRINBERG, 2007).

O cliente necessita que os cuidados sejam integrados à sua rotina diária, correspondendo às necessidades sentidas, a fim de sentir-se capacitado para desempenhar atividades cotidianas. Assim, os esforços de interpretação destes cuidados podem ser ajustados a partir da realidade vivenciada, contribuindo para o processo de mudanças de comportamento em relação aos hábitos saudáveis.

Os clientes com doença infecciosa, como a amigdalite bacteriana, precisa de cuidados que atendam suas necessidades emocionais, espirituais, psicológicas, sociais e físicas. Tais necessidades, assim como os sentimentos e reações por eles manifestados, devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissionais para ajustar disfunções emocionais devido ao adoecimento, ao desenvolvimento da doença e, por sua vez, ao incômodo pelas dificuldades em exercer as atividades diárias.

No Brasil, são registrados cerca de 10 milhões de casos de amigdalite bacteriana por ano. Desse total, 30 mil pessoas desenvolvem a febre reumática aguda, sendo que 50% apresentam lesões cardíacas significativas. A ocorrência de febre reumática aguda resulta em até 400 mil óbitos por ano causados pela doença, acometendo principalmente crianças e adultos jovens na África, Ásia, América do Sul e leste do Mediterrâneo, onde pode atingir até 1% das crianças em idade escolar (BRASIL, 2010).

Conforme as Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática (BARBOSA; MULLE; LATADO, 2009), o uso sistemático de penicilina, adotado oficialmente desde 1954 pela OMS para a profilaxia da febre reumática, é um exemplo de eficácia de intervenção preventiva, em razão dos excelentes

resultados observados. Sabe-se que o tratamento precoce e adequado das faringoamigdalites estreptocócicas do grupo A com penicilina, até o nono dia de sua instalação, pode erradicar a infecção e evitar um primeiro surto de FR em um indivíduo suscetível (profilaxia primária), ou um novo surto em quem já teve a doença anteriormente (profilaxia secundária).

A dose recomendada de penicilina é de 1.200.000U por via intramuscular profunda nos clientes acima de 20 kg, e de 600.000U naqueles abaixo de 20 kg, com intervalos a cada três semanas.

Medidas para diminuir a dor durante a aplicação da penicilina benzatina devem ser observadas objetivando uma melhor aderência à profilaxia: usar agulha 30x8 mm ou 25x8 mm para aplicar a medicação, injetar o líquido lenta e progressivamente (2-3 min) e evitar friccionar o local. O uso de 0,5 ml de lidocaína a 2% sem vasoconstrictor, reduz a dor durante a aplicação e nas primeiras 24 horas, além de não interferir significativamente nos níveis séricos da penicilina, podendo ser uma medida eficaz naqueles clientes que relutam em fazer uso da penicilina benzatina por queixa de dor.

A profilaxia secundária e o uso de anticoagulação oral não contra-indicam a profilaxia com penicilina benzatina. Em vigência de hematoma muscular, deve ser observada a faixa ideal de razão normalizada internacional (INR)<sup>6</sup>.

A febre reumática aguda, no Brasil, difere de acordo com a região geográfica; porém, em todas as regiões observa-se uma redução progressiva do total de internações por esta doença e da taxa de mortalidade por cardiopatia reumática crônica.

Também no Brasil, são realizadas anualmente 11 mil cirurgias de implante de próteses, ao custo aproximado de 96 milhões de reais/ano para o tratamento das seqüelas

---

<sup>6</sup> O INR é definido como um índice do tempo de protrombina, obtido pelo tempo de protrombina dividido pelo tempo de tromboplastina controle, corrigido pelo Índice de Sensibilidade Internacional (ISI), que é a relação da sensibilidade da tromboplastina usada, dividida pela sensibilidade da tromboplastina padrão (CALISTRO;POVOA; CARRIÇO, 2005)

orovalvares da FR que, na maioria das vezes, não são procedimentos definitivos e podem apresentar complicações graves (BRASIL, 2009).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Instituto Nacional de Cardiologia, é o órgão responsável pelos programas e projetos de prevenção e controle em cirurgia cardíaca no Brasil. O Programa de Prevenção de Febre Reumática – PREFERE realiza a divulgação da febre reumática, e dentre as suas principais atividades está a pesquisa de nova forma de penicilina – iniciada ainda em 2008 com a equipe do Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (CBPF).

Este estudo objetiva encontrar formas alternativas para a profilaxia secundária com penicilina benzatina, que não necessite ser injetada sob esta forma, por ser bastante dolorosa. Busca-se, assim, a elaboração de penicilina sob a forma de implante subcutâneo ou adesivo (*patch*), evitando a aplicação por via intramuscular regular, como é feito atualmente para a profilaxia secundária da febre reumática (BRASIL, 2008).

Fatores ambientais e socioeconômicos contribuem para o aparecimento da doença, uma vez que alimentação inadequada, habitação em aglomerados e ausência ou carência de atendimento médico constituem-se em fatores importantes para o desenvolvimento da faringoamigdalite estreptocócica. Paralelamente, fatores genéticos de suscetibilidade à doença estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da FR e de suas seqüelas (GUILHERME; KALIL 2007).

O primeiro surto da FR ocorre geralmente entre 5 e 15 anos de idade, e a taxa de incidência após a infecção estreptocócica da orofaringe varia de 0,3% a 3%. Também, o surto da doença pode ocorrer de forma tardia, fora da faixa etária habitual, e após poucos meses evoluir com sintomas cardiológicos que, em média, demoram entre quinze e quarenta anos para se manifestar após o surto inicial (SERRANO; NOBRE, 2005).

A recorrência é uma das características marcantes da doença reumática. Ela é mais comum nos três primeiros anos após o surto inicial, e a cada surto aumentam as chances de ocorrência de seqüelas valvares (Op. cit., 2005).

No Brasil, a estenose mitral tem como causa mais freqüente a FR, sendo as mulheres mais afetadas que os homens na razão de 2:1. Apenas 50% dos clientes apresentam história clínica compatível com atividade reumática prévia. A doença pode ficar latente por períodos de até vinte anos, e as manifestações clínicas principais são dispnéia, fadiga, intolerância ao exercício, palpitações e fenômenos embólicos. Fatores precipitantes como exercício, estresse emocional, gravidez, infecção e hipertireoidismo, podem produzir ou agravar os sintomas já existentes (TOPOL; GRIFFIN, 2007).

O implante de prótese valvar é indicado para clientes com estenose mitral moderada/acentuada, sintomáticos ou com hipertensão pulmonar e anatomia desfavorável, ou outras contra-indicações para comissurotomia<sup>7</sup> (BONOW, 2006).

A doença na vida do cliente vai se integrando na infância ou adolescência, a partir da FR. A cardite é uma manifestação grave, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida, gerando elevado custo social e econômico. A FR e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite, causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA), e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. Assim, apesar da reconhecida redução da incidência da FR nas últimas décadas, nos países desenvolvidos, com conseqüente redução na prevalência da CRC frequentemente associada à pobreza e às más condições de vida, a FR

---

<sup>7</sup> Tipo de cirurgia cardíaca que pode ser realizada por meio de incisão médio-esternal ou toracotomia anterolateral direita no quarto espaço intercostal direito. O acesso à valva mitral é realizado através da atriotomia esquerda com inspeção cuidadosa do átrio esquerdo para a investigação de trombos.

permanece como um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2004).

Uma vez estabelecida com lesão cardíaca grave, a FR leva à internações repetidas, intervenções cirúrgicas cardiovasculares complexas e tratamento medicamentoso de difícil manejo, como o uso de anticoagulantes pelo resto da vida, influenciando na capacidade laborativa dos clientes e seus responsáveis, resultando em altos custos sociais, direta ou indiretamente (GOMIDES, 2003).

Um aspecto importante em relação aos clientes é a adesão ao tratamento. Estudos frequentes focam a adesão dos clientes ao tratamento ambulatorial, no caso de patologias cardiovasculares específicas, a exemplo da insuficiência cardíaca, concluindo que a não adesão pode ocorrer por desconhecimento da patologia, tratamento, complicações, riscos da doença, crenças de saúde conflitantes e regime terapêutico complexo. Quanto às variáveis demográficas e do tratamento, 57,6% clientes do sexo masculino e 61,3% do sexo feminino tinham falta de adesão total, enquanto a falta de adesão parcial ocorreu em 33,3% dos homens e em 35,5% das mulheres pesquisados (PEIXOTO, 2001).

É importante considerar que todos os fatores destacados requerem informações de saúde e orientações de cuidados de Enfermagem, podendo gerar uma ação educativa que resultará na recuperação e manutenção da saúde.

### **I.5 Os Clientes e as Ações Educativas em Saúde**

As ações educativas dos clientes com valva mitral mecânica incluem informações de saúde e orientações de Enfermagem que se caracterizam diante da situação de cuidados. Assim, o conhecimento sobre as reações do corpo requer conhecimentos para



o seguimento de uma terapêutica direcionada à saúde, no que diz respeito à promoção, manutenção, recuperação, adaptações e limitações temporárias.

Entretanto, em 2010, o Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup> (CNS), entendeu ser prioritário realizar novas ações de modo a se aproximar dos demais atores sociais ligados ao SUS, com isso reafirmando sua determinação de estar mobilizado a lutar pelas transformações sociais e políticas em prol dos direitos do usuário cidadão (CNS, 2010).

Os gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, enfatizam a mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica que se sustenta no princípio da integralidade compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (BRASIL, 2010).

A educação de clientes após a hospitalização propicia mudança nos hábitos de vida, já que o conhecimento dos clientes é ampliado como forma de aprofundar discussões, conhecimentos relacionados à saúde, conduzir o processo de educação em saúde, estimular a adoção de hábitos saudáveis, contribuir para mudanças de comportamento, além de promover a socialização do conhecimento em saúde, sendo percebida também como um fato social que envolve fatores e aspectos subjetivos, podendo-se considerá-la como prática social porque é atitude, atuação, vivência, algo que ocorre a cada instante (VILA; CARVALHO, 2007).

Por meio do incentivo à educação e à saúde, será possível transformar a realidade desenvolver idéias, elaborar estratégias, aplicar os conhecimentos, entender a prática de Enfermagem e proporcionar bem estar aos clientes.

---

<sup>8</sup> CNS baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde congrega diversos segmentos da sociedade, de caráter deliberativo, podendo analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, via resoluções que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A educação abre janelas para um processo de transformação (FREIRE, 2005); por ser transformadora, reforça a promoção da saúde. Sob esta ótica, os clientes com cardiopatias estão inseridos em um contexto de aprendizagem constante e acessível, embora ainda não alcançado em todos os níveis.

O termo *educação* pode ser aplicado na prática diária de cuidados, considerando tratar-se de “um processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano” (FERREIRA, 2004, p. 251). A partir de práticas educativas, o papel do educador para a saúde é reforçado, permitindo-lhe atuar na melhoria da qualidade de vida dos clientes, assim, promovendo a saúde.

O termo *saúde* é definido como: “estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal” (FERREIRA, 2004, p. 625). Essa definição, para a prática dos cuidados, é uma meta que leva os clientes a alcançarem o equilíbrio das funções orgânicas, físicas e mentais.

Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão "não material" ou "espiritual" de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta de modificação do conceito clássico de "saúde" da Organização Mundial de Saúde (1998), para um estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença.

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, utilizando estratégias e conhecimentos teórico-práticos sobre as orientações de Enfermagem aos clientes com implante de valva mitral mecânica, com múltiplas alternativas e criatividade, respeitando a individualidade de cada um.

Além de ser um fato social, a educação envolve não só fatores e aspectos subjetivos, mas os objetivos que expressam o fazer, a ação, o cuidado dos clientes que necessitam de atenção contínua da saúde. A educação em saúde objetiva suscitar o

envolvimento da comunidade nos programas de saúde, incluir políticas públicas, promover transformações conceituais na compreensão de saúde, relacionar propostas libertadoras comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida. Educar configura-se pela exigência de que o educador tenha domínio dos saberes científico, técnico, pedagógico, investigativo, interdisciplinar e cultural (FREIRE, 2003).

A educação para a saúde faz referência, desde 1986, assim como a Carta de Ottawa, às ações que na vida de um indivíduo, de um grupo ou de uma coletividade, podem modificar as crenças, as atitudes e os comportamentos a respeito de saúde. Então, surge a questão ética em relação ao cliente. A atitude ética do profissional para com o cliente está presente cada vez que ele o reconhece como pessoa igual, que precisa ser ouvida e compreendida para que exista a interação e, por conseguinte, o cuidado efetivo e o respeito mútuo (LUNARDI; SILVEIRA et al., 2004).

Considero também o respeito mútuo; mesmo que o diálogo ocorra linearmente, o respeito tem que ser parte da cumplicidade, da solidariedade, do cuidado, do amor, da compaixão, para que haja transformações. Este reconhecimento pelos clientes facilita o entendimento dos cuidados, pois eles ficam à vontade, expõem as situações reais que vivenciam e expressam com clareza o que fazem ou não em termos de cuidados.

É direito do cliente o esclarecimento sobre a natureza e os objetivos dos procedimentos diagnósticos, preventivos e terapêuticos, bem como de ser informado sobre sua invasibilidade, duração do tratamento, seus benefícios e prováveis desconfortos, e dos possíveis riscos físicos, psicológicos, econômicos e sociais. O enfrentamento dessas situações requer relação de solidariedade e crescimento mútuo daqueles que buscam se tornar mais sujeitos (ARANTES; MAMEDE, 2003).

Estas questões reafirmam os cuidados dos clientes que são reinseridos na vida cotidiana para enfrentar situações e necessitam de ações preventivas, informações e orientações de Enfermagem para manutenção e recuperação da saúde.

A adesão a um regime terapêutico geralmente exige que a pessoa faça uma ou mais alterações no estilo de vida para empreender atividades específicas que promovam e mantenham a saúde.

Os exemplos comuns de comportamentos que promovem a saúde dos clientes com valva mitral mecânica incluem: uso de medicamentos prescritos, manutenção de uma dieta saudável, aumento do exercício e das atividades diárias, automonitoramento dos sinais e sintomas da doença, prática de medidas higiênicas específicas, procura de avaliações de saúde periódicas e realização de medidas terapêuticas e preventivas (SMELTZER; BRUNNER & SUDDARTH, 2006).

As experiências de mudanças de comportamentos que promovam a saúde reestruturam-se com o ressurgimento dos movimentos sociais de luta contra a ditadura, na obra de Freire (2006), autor que enfatiza a metodologia da educação popular nos aspectos político-social e cultural, e práticas de educar que proporcionem autonomia aos educandos, respeito à sua cultura, ao seu conhecimento empírico e ao modo de entender o mundo que o cerca.

Freire (2006) afirma que a verdadeira educação consiste na educação problematizadora ou conscientizadora, cuja essência é a dialogicidade que, fundamentada na criatividade, estimula uma ação e uma reflexão verdadeira sobre a realidade respondendo, assim, à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadora.

A problematização da realidade é uma estratégia pedagógica que tem por finalidade o preparo dos clientes, levando-os a descobrir um novo conhecimento; assim

sendo, e considerando o conhecimento que já possuem, discutem a respeito destas atividades, sentem-se motivados e comparam a realidade vivenciada, podendo ser assimilado este aprendizado.

### **I.6 A Promoção da Saúde e a Situação de Cuidados dos Clientes**

As discussões sobre promoção da saúde descritas pelos autores Olinda e Silva (2007), apresentadas em retrospectiva de forma sucinta em relação ao conceito de Promoção da Saúde (PS), tem se modificado desde que Winslow, em 1920, pela primeira vez, definiu saúde coletiva e relacionou a PS as condições de vida do indivíduo.

A história registra uma seqüência de acontecimentos internacionais e nacionais discursivos, documentais e intencionais sobre Promoção em Saúde. Em 1974, a expressão *promoção da saúde* foi cunhada e colocada no contexto de planejamento estratégico no Informe de *Lalonde*. Este documento exhibe quatro determinantes de saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, que passaram a ser pilares para o trabalho epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (OLINDA; SILVA, 2007).

Buss (2005) entende que promoção da saúde implica em novo paradigma de saúde e doença, além de uma mudança social significativa em direção a uma sociedade, independente do princípio da produção para o mercado e para o lucro.

Em Conferência apresentada no I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, Buss (2005) mostra, no decorrer das décadas da Saúde Pública, o que foi evidenciado e o que de importante surgiu para benefício da sociedade.

Na década de 70, surge a crise dos sistemas de saúde com ineficácia, ineficiência, iniquidades e crise de credibilidade, face à transição demográfico-epidemiológica: envelhecimento e mudança nos padrões nosológicos, medicalização, desenvolvimento

tecnológico e explosão de custos e gastos. Novas concepções do processo saúde, doença e cuidado, mais globalizantes, articulando saúde e qualidade de vida. O Informe de *Lalonde* (1974) considera como campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde; os marcos históricos no Brasil, criticado e revisado o modelo assistencial vigente centrado exclusivamente na assistência médica e no hospital, a Medicina Social e a emergência das ciências sociais na análise dos problemas e das intervenções em saúde; e como dilema preventivista os projetos comunitários e a atenção primária (BUSS, 2005).

Na década de 80, a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá; a Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis; a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1988, na Austrália. No Brasil, aconteceram a luta pela redemocratização do país: 1985, Nova República e o movimento da reforma sanitária: VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986; participação da saúde pública e segmentos populares. afirmação de princípios da promoção da saúde da determinação social do processo saúde-doença e da inter-setorialidade. A Constituinte com participação da corrente de pensamento e ação política do movimento da reforma sanitária entre 1986-1988 e a Constituição Federal, com amplas características de promoção de saúde (BUSS, 2005).

AVIII Conferência Nacional de Saúde (1986) apontou como um dos pressupostos o direito à Saúde; em seguida, a Constituição Federal é promulgada (1988) com características de promoção de saúde, e em 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) (Leis nº 8.080 e nº 8.142) que, respectivamente, enfatizam os seguintes artigos:

**Art. 196:** A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

**Lei 8.080** (art.2º, parág. 3º): A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Na década de 90, Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis a Saúde Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1991, Suécia). Carta do Caribe para a Promoção da Saúde (1993), 1ª Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago); a Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no século XXI em diante; a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1997, Jakarta); a 5ª Conferência realizada no México (2000) e a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (BUSSS, 2005).

A 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2005, Bangkok, Tailândia), identificou ações, compromissos e promessas necessários para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde, considerado um processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorá-la. É uma função central da saúde pública e contribui para o trabalho de enfrentar as doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de outras ameaças à saúde (NORONHA, 2009).

A promoção da saúde refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição inter e intra setorial, pelas ações de ampliação da consciência sanitária, direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais (BUSS, 2010).

Desta forma, estratégias como elaboração de instrumentos através de tecnologias podem promover a saúde e inserir orientações de Enfermagem na vida diária dos grupos

sociais, e principalmente dos clientes com implante de valva mitral mecânica que necessitam de ensino, para facilitar o aprendizado e incorporar, através deste novo conhecimento, mudanças no comportamento.

Há 40 anos acontecem Conferências internacionais sobre promoção da saúde, e ao longo dos anos têm-se colocado em prática por meio dos esforços dos governos e da sociedade, planos, programas, acordos baseados na realidade local da sociedade. As políticas públicas saudáveis são prioritárias em conjunturas recentes no Brasil, como a morbidade e mortalidade. Assim, como situação sócio-ambiental, indicam as principais políticas públicas implicadas com a promoção da saúde hoje no Brasil: habitação; saneamento básico: água, esgoto e lixo, segurança alimentar; políticas de alimentação e nutrição; educação: analfabetismo; universalização do ensino básico; renda mínima garantida pelo Programa Bolsa Família (BUSS, 2005).

A noção de promoção à saúde foi introduzida por Leavell e Clark, em 1976, no desenvolvimento do modelo denominado história natural da doença, que era aplicado a partir do grau de conhecimento do curso de cada doença, definindo-se em três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário (NORONHA; CARDOSO et al., 2009).

Candeias (1997) definiu promoção em saúde como uma combinação de múltiplos determinantes da saúde, fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida, de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

Neste sentido, os clientes de implante de valva mitral mecânica encontram-se sob a influência de múltiplos fatores: ambientais, genéticos, com apoio dos serviços de saúde para suprir as necessidades das informações de saúde de Enfermagem, cujas orientações podem despertar-lhes atenção e autoconfiança para o desempenho dos cuidados aprendidos e torná-los habituais.



A modificação no estilo de vida após a o implante de valva mitral mecânica, tem por finalidades prevenir, diminuir os riscos e melhorar a qualidade de vida dos clientes. Por isso, as informações de saúde e as orientações de Enfermagem destes clientes devem ser elaboradas a partir das necessidades individuais, levando-os a sentir que uma rotina diária de cuidados torna a vida mais confortável e, sobretudo, saudável.

Em 2009, durante a 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, realizada em Nairobi (África), foi destacada a aquisição de conhecimentos em matéria de saúde como um dos um dos motores da mudança de comportamento em matéria de saúde e autonomia comunitária.

Assim, graças aos conhecimentos que forem adquiridos, os indivíduos e as comunidades estarão mais capacitados a fazer opções cruciais para a proteção da saúde e melhoria da qualidade de vida, a partir de intervenções apropriadas de promoção da saúde. A aquisição de conhecimentos constitui igualmente um dos determinantes sociais da saúde. Se a comunidade não possui os conhecimentos requeridos, facilmente estará exposta a elevados riscos de doenças, inclusive as crônicas (OMS, 2009).

Diante desta temática, os conhecimentos só poderão ser internalizados se existirem, previamente, ações que promovam a saúde e possam servir com um investimento para o alcance de uma qualidade de vida melhor.

No campo das ciências da saúde, especificamente na Enfermagem, são elaborados instrumentos apoiados em conceitos e abordagens metodológicas a fim de que as pesquisas retratem, de fato, a situação do cliente e suas necessidades. Nesta questão, para o estudo dos clientes com implante de valva mitral mecânica, utilizei métodos para que a aquisição de conhecimentos pudesse ser reelaborada como rotina, um desafio grandioso pela sua complexidade, já que o cotidiano do cliente é vasto, possivelmente com muitas tramas, prioridades e compromissos.

Considerando que os conhecimentos dos cuidados são construídos e aprimorados diariamente, conforme relato das experiências de clientes torna-se instigante enfrentar desafios e buscar soluções para superar suas dificuldades com o objetivo de facilitar o aprendizado e fazer com que o cuidado de Enfermagem seja considerado um investimento para o alcance de uma vida confortável.

Garfinkel (1967), inovador da abordagem etnometodológica, descreve os métodos de que todo indivíduo, erudito ou não, se utiliza para interpretar e por em ação na rotina de suas atividades, práticas cotidianas a fim de reconhecer seu mundo, tornando ao mesmo tempo familiar o que vai ser construído.

Nesta perspectiva, ao colocar em ação a sua rotina, o cliente espontaneamente reconhece e pratica o cuidado por etapas. Na 1ª etapa, tem a vivência das necessidades de cuidados; na 2ª, tem conhecimento da situação; na 3ª, obtém informações de saúde; na 4ª, apreende as orientações de Enfermagem; na 5ª percebe a relevância das necessidades de cuidado; na 6ª, internaliza o aprendizado do cuidado a ser desenvolvido; na 7ª, busca a efetiva adequação do cuidado na vida cotidiana; e finalmente, na 8ª etapa, realiza conscientemente o desenvolvimento dos cuidados.

Os clientes, quando conseguirem cumprir todas estas etapas, terão aprendido os cuidados e a necessidade de praticá-los diariamente; desta maneira, pode ocorrer a mudança de hábitos, estilos, comportamentos, porque saberão escolher o que é de qualidade para a vida diária, corroborando as idéias de Noronha e Cardoso (2009) de que estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, bem como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde, implicando um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.

### **I.7 O Cliente e a Valva Mitral Mecânica: a valorização da rotina de cuidados diários**

À primeira vista, o cliente com implante de valva mitral mecânica tem a impressão de que tem muito o que fazer para cuidar do coração. Este cuidar envolve bem estar, que na visão de Herculano-Houzel (2007) é um conjunto de sensações positivas de satisfação, prazer, motivação, autoestima, força física, relacionamentos sociais benéficos, independência e controle da própria vida. Certamente, procura reafirmar o sentimento que se sobrepõe à imaginação, o amor à vida. E o coração é acolhido para as primeiras reflexões, representado como o elo entre a vida e a morte, sabendo que ele tanto pode proporcionar a primeira, como anunciar a segunda.

Dutra e Coelho (2008) acrescentam que o coração é o órgão do encantamento, das decisões, dos simbolismos, dos gestos, das expressões e dos movimentos que impulsionam a vida; a sua sensibilidade envolve todos os segredos. Uma vez estando o coração doente, torna-se frágil, dolorido, fazendo com que a vida adoença.

Ferreira (2004, p. 186) destaca que o coração “é a parte mais interna, ou mais central, ou a mais importante, dum lugar cheio de mistérios, de emoção, de afeto e de amor”.

E assim, Canguilhem (1966) afirma que a doença na vida do cliente é normativa, e não a saúde, na medida em que ela é geradora de novas normas de vida a fim de não se adoecer de novo. O que funda a manutenção da saúde depois de uma doença seria, portanto, a nossa capacidade individual em determinar novas normas vitais, às vezes mais extensas, muitas vezes mais reduzidas com a doença, em continuidade com a saúde, vindo a desordenar uma ordem anterior para modificá-la. Evitar a doença pelos métodos supostamente adequados relaciona-se com a própria patologia, mas essa prática não se endereça nem à saúde, nem aos indivíduos, pela dificuldade em determinar como

realizar uma educação para a saúde.

Nesta questão, afirmo que esta educação para a saúde do coração, ou como manter o coração com saúde, determina normas vitais que permitem ao cliente colocar em ordem a própria vida. E uma série de coisas surge no dia a dia: falar o que não teve oportunidade e ouvir o que deixou de dizer; tentar colocar as coisas e as palavras nos lugares certos; resgatar uma conversa iniciada ou tornar a falar sobre o que não obteve resposta; reafirmar sentimentos e não voltar atrás; esperar para ouvir o que os outros têm a dizer; compreender e duvidar; arrepender-se, esconder-se por detrás do óbvio, falar o que o coração não diz; desencantar-se, desistir de repetir; encantar-se com o coração e falar com gestos; enxergar o sentido das coisas e as cores de uma vida nova; insistir, aguardar para decidir; pedir um tempo para pensar; guardar sentimentos, declarar-se com os olhos; ter plena liberdade de escolha ou não pensar em nada, ou melhor ainda, começar tudo novamente.

Reafirmo que o princípio de tudo é não seguir o rigor exclusivo das normas, nem buscar a precisão das idéias. O momento exato chega para dar conta das necessidades e dos anseios de sentir o coração cuidado, e os sinais são de cuidados sob a ótica do conhecimento em função do comprometimento com a vida. Tudo ao redor do cliente envolve sentimentos, nos mundos interno e externo; é como se falasse o coração, os olhos escutam e o corpo sinaliza o que o cérebro monitora e complementa. Herculano-Houzel (2007) é especialista em acompanhar o estado fisiológico do corpo, ler nele as conseqüências do que vivemos e usar essas informações para tomar as próximas decisões e traçar nosso caminho.

Embora a experiência da doença para o cliente permita que ela seja vista por meio de uma abordagem etnometodológica, é como uma ruptura de um fluxo do cotidiano, uma ameaça súbita a um mundo tomado como suposto. Na sua dimensão social, a

doença é “problema”, implicando na formulação de projetos práticos para resolver os impasses decorrentes do dia a dia e, assim, normalizar a situação de cuidados (RABELO, 1999). O resgate deste fluxo cotidiano depende de uma estruturação de planejamento para o cuidado, pois, do ponto de vista médico, os clientes devem ser monitorados a cada três meses, ou até menos, tudo dependendo da história clínica de cada um.

Na opinião de Jacob (2007), o ideal é que exista conhecimento pessoal ou acesso ao acompanhamento prévio para melhor conhecer detalhes das manifestações sintomáticas e do exame físico, condições do músculo cardíaco e das pressões no território pulmonar, antes da indicação da troca valvar, e imediatamente após a ocorrência da substituição da valva natural por uma prótese.

Também, nesta abordagem podem ser encontrados clientes que apresentam desaparecimento total de seus sintomas prévios, após a cirurgia valvar; por outro lado, clientes com disfunção do músculo ventricular esquerdo ou com hipertensão pulmonar significativa, podem se manter sintomáticos após a troca valvar.

Os dados da história clínica, assim como o conhecimento da etiologia da disfunção valvar que determinou o implante da prótese, são muito importantes. A etiologia reumática, por exemplo, determinaria a continuação da profilaxia para doença reumática, preferivelmente por toda a vida. Já a degeneração mixomatosa não implicaria em uso de penicilina benzatina ou outras drogas. Quanto à endocardite infecciosa progressiva ou como causa determinante da troca valvar, faz com que os cuidados na profilaxia dessa grave complicação sejam redobrados diante de procedimentos invasivos e potencialmente causadores de bacteremia (JACOB, 2007).

É fundamental, portanto, que os clientes saibam da importância da investigação dos sintomas no dia a dia, pois podem se tornar assintomáticos após a cirurgia,

demonstrando que o alívio da sobrecarga hemodinâmica permitiu a recuperação da função ventricular, ou o alívio da congestão pulmonar, ou a regressão do grau de hipertensão pulmonar preexistente. Por outro lado, a observação da permanência dos sintomas após a troca valvar sugere que não tenha ocorrido plena recuperação das condições acima mencionadas. O aparecimento tardio de sintomas também deve chamar a atenção para o surgimento de alguma deterioração, seja da função ventricular esquerda ou da própria prótese implantada. Esses dados são fundamentais para definir como o cliente deverá ser acompanhado em termos de revisões periódicas, bem como da avaliação de seus exames complementares (GUIMARÃES, 2004; JACOB, 2007).

Do ponto de vista cardiológico, é importante a semiologia aplicada para o seguimento dos clientes portadores de valva mitral mecânica. O conhecimento de vários aspectos auscultatórios de diferentes próteses cardíacas, bem como os diferentes dados de ausculta, dependentes da posição em que estas próteses são implantadas, devem ser rigorosamente acompanhados.

As próteses mecânicas têm como principal característica favorável uma durabilidade ilimitada; em contrapartida, os clientes necessitam do uso de anticoagulação permanente, com as conseqüentes dificuldades e riscos inerentes a este tratamento (BLACHER; CAVALHEIRO *et al.*, 2005).

Se há formação de trombo ou crescimento de tecido fibroso no anel da prótese; regurgitação perivalvar; deiscência de sutura, quadro febril prolongado, há possibilidade de ocorrência de endocardite infecciosa, mau funcionamento mecânico; a disfunção primária das biopróteses requer a troca da valva cardíaca (GUIMARÃES, 2004; JACOB, 2007). Os estalidos ouvidos pelo cliente e pelos que estão ao redor, resultam da abertura ou do fechamento das próteses. A característica dos sopros associados, ou de ambos, dependerá sempre do tipo de prótese utilizada, da frequência cardíaca, do ritmo

cardíaco e das condições hemodinâmicas subjacentes (Op.cit., 2007).

Muitos clientes relatam que os ruídos incomodam para dormir; outros preferem ouvi-lo, pois sinalizam que está tudo bem. Entretanto, sabem que de uma forma ou de outra, quando são submetidos à troca de valva cardíaca, significa que não obtiveram a cura, pois, permanecem com importante doença do coração necessitando, além das avaliações clínicas periódicas, de controles dos níveis da coagulação e do ajuste da dosagem do anticoagulante oral. Neste contexto de vida, o cliente, começa uma nova rotina: presta atenção nas reações do corpo e sabe que, de uma forma ou de outra, está sujeitos à disfunções. A partir de então, na visão etnometodológica e segundo Rabelo (1999), ele passa a organizar suas atividades do dia a dia, ou seja, o fluxo do cotidiano, o que implica em uma estruturação de planejamento para o cuidado.

O que foi dito acerca das particularidades cardiológicas da valva mecânica implantada no coração, também visa reafirmar que os clientes submetidos a troca de valva cardíaca não estão curados. Neste aspecto, o cliente requer um plano de cuidados de acordo com as necessidades apresentadas por ele e sua família, com a finalidade de orientações efetivas para restabelecer ao máximo seu potencial, de forma a prevenir complicações e ter como perspectiva o máximo retorno às atividades anteriormente exercidas. Deve-se considerar que a maioria dos clientes apresenta dúvidas e questionamentos acerca de sua nova situação de vida e deverá ter apoio e ajuda para adaptar-se a ela (AZEVEDO; CARVALHO et al., 2008).

As dúvidas e os questionamentos sempre existirão, por não estarem curados, e este cuidar deve ser despertado com atenção, para não incorrer em riscos, e também com o intuito de prevenir, manter e recuperar a saúde para sentirem-se em condições de agir.

O cliente deve ser respeitado em quaisquer condições que se encontre, hospitalizado ou não, como uma pessoa singular, até que todas as dúvidas sobre sua

situação sejam esclarecidas (WALDOW; BORGES, 2008). É importante, também que ele aprofunde maior conhecimento sobre si, sua enfermidade, enfim, sua condição existencial no momento, a fim de empreender, de forma serena, estratégias para enfrentar os obstáculos que se apresentem e, finalmente delinear planos futuros.

As orientações de Enfermagem podem ser inovadas com crenças e estilos diversificados, pois, somente o cliente é quem vai determinar o melhor momento de trazer as orientações para o desenvolvimento dos cuidados. É por isso que existem etapas a cumprir, a fim de que o cuidado torne-se um hábito cotidiano e um contínuo aprendizado que passará a fazer parte da vida de cada um (SANTOS, 1996).



## CAPÍTULO II

### ABORDAGEM METODOLÓGICA

#### II.1 O Caminhar da Contextualização e as Definições da Etnometodologia

Etnometodologia, do Grego *ethnos*, significa raça, grupo; mas, para Harold Garfinkel (1967), sugere tudo aquilo de que um membro dispõe acerca do saber de sua sociedade, seja o que for. Neste sentido, para este autor, a etnometodologia

aborda as atividades práticas, as circunstâncias práticas e o raciocínio sociológico prático, como temas de estudo empírico. Concedendo às atividades corriqueiras da vida cotidiana a mesma atenção que habitualmente se presta aos acontecimentos extraordinários, tentaremos compreendê-los como fenômenos de direito pleno. (GARFINKEL, 1967, p. 72)

A abordagem etnometodológica, portanto, pode desvelar o cotidiano dos clientes com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar, em sua vida habitual, a partir dos cuidados de Enfermagem voltados para a prática de cuidar nas situações que permeiam suas necessidades.

A etnometodologia é uma corrente da sociologia americana que surgiu nos anos 60 e se instalou inicialmente nos *campi* da Califórnia (COULON, 1995). Para este autor (Op.cit., p. 30), a etnometodologia “é a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações todos os dias: comunicar-se, tomar decisões e raciocinar”. Trata-se, pois, de uma abordagem que não somente mostra como as estruturas sociais agem sobre a atividade científica, mas também faz com que o pesquisador tenha interesse pelo trabalho científico em si mesmo.

Considerando que os clientes com implante de valva mitral mecânica pertencem ao mesmo grupo, a abordagem etnometodológica adequou-se ao objeto de estudo, permitindo que os cuidados de Enfermagem fossem identificados, discutidos

e analisados como aprimoramento das ações desenvolvidas por eles.

Harold Garfinkel (1967) desenvolveu seus estudos doutorais nos Estados Unidos, na Universidade de Havard, originando a etnometodologia. É considerado o fundador desta corrente científica e criador do vocábulo etnometodologista; sofreu influências de filósofos como Edmund Husserl, Talcott Edgar Frederick Parsons, Aaron Gurwitsch, Alfred Schütz e Merleau-Ponty (COULON, 1995).

## **II. 2 O Método Etnometodológico**

A etnometodologia estuda e analisa as atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como eles as tornam visíveis, racionais e reportáveis, ou seja, como eles as consideram válidas, uma vez que a reflexividade sobre o fenômeno é uma característica singular da ação (HAGUETE, 2007). Também o método, acrescenta a autora (Op.cit.), procura descobrir como as pessoas aprendem em sua vida diária a fim de construir a realidade social, e também, descobrir a natureza da realidade que elas constroem.

Na obra intitulada *Studies in Ethnomethodology*, Garfinkel (1967) referencia:

Eu uso o termo etnometodologia para referir a investigação das propriedades racionais das expressões indexicais e outras ações práticas como resultados: contingente e contínuo da prática artesanal da vida cotidiana.

Coulon (1995, p. 30) ressalta que “a etnometodologia analisa as crenças e os comportamentos de senso comum como os constituintes necessários de todo comportamento socialmente organizado”.

Polit e Hungler (2004, p. 272) descrevem o pesquisador etnometodólogo como aquele que “busca descobrir a maneira pela qual as pessoas dão sentido às suas atividades cotidianas e interpretam seus mundos sociais, de modo a comportar-se de

formas socialmente aceitas”. Nesta tradição, o foco localiza-se nos detalhes comuns da vida diária. Os pesquisadores tentam compreender as normas de um grupo social; o que seus membros nem pensam acerca das razões que subjazem aos seus comportamentos.

A etnometodologia possibilitou a investigação e o estudo das atividades práticas das orientações de Enfermagem no cotidiano dos clientes, permitindo saber como aprendem e se capacitam para um novo cuidar na vida cotidiana.

### **II.3 A Natureza da Pesquisa**

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem etnometodológica, que permite proceder à investigação dos cuidados de Enfermagem no cotidiano dos clientes com implante de valva mitral mecânica, buscando identificar a importância destes cuidados inseridos na rotina de vida de cada um. Esta abordagem desenvolve-se através de etnométodos que descrevem, interpretam e correlacionam as respostas dos clientes abordados acerca da importância do desenvolvimento dos cuidados nas atividades cotidianas.

De acordo com Ludke e André (2005, p.13), “a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”.

Para Minayo (2007, p. 10), as metodologias qualitativas são aquelas

capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas.

Esta abordagem, acrescenta Minayo (2007, p.101), permite ao pesquisador a necessária “capacidade de observação e interação” com os “atores sociais envolvidos”.

Neste sentido, Polit & Hungler (2004, p.30) acrescentam:

os resultados das pesquisas qualitativas são tipicamente baseadas na experiência da vida real de pessoas [...] os seres humanos são os instrumentos diretos através dos quais as informações qualitativas reunidas e eles são ferramentas inteligentes e sensíveis.

Considero que os métodos qualitativos permitem explorar o modo como os clientes desenvolvem os cuidados, o contexto em que vivem, sua visão de mundo, suas crenças, valores, atitudes e suas experiências neste processo de saúde-doença.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. “Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características” (CERVO; BERVIAN 2002, p. 94).

Complementando, Andrade (2001, p. 124) afirma:

Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

A pesquisa descritiva e a abordagem etnometodológica possibilitaram penetrar no mundo cotidiano dos clientes e verificar que é um espaço onde os cuidados são inseridos como afazeres habituais. Este método também permitiu entender como os clientes desenvolvem os cuidados em suas atividades diárias, com base em informações à saúde e orientações de Enfermagem, favorecendo o conhecimento e levando às ações educativas que mantêm e recuperam a saúde, acompanhando os fenômenos resultantes deste processo de cuidar.

A metodologia compreendida como etnométodos, a etnometodologia, é um campo de investigação utilizado por pesquisadores para estudar uma variedade de contextos sociais da prática diária, ou seja, descrevendo as ações dos indivíduos,

tentando descobrir as maneiras pela quais as pessoas dão sentido às suas atividades cotidianas, como se comportam e interagem através de regras socialmente estabelecidas.

O raciocínio sociológico prático empregado por elas e observado no seu cotidiano, vem a ser o *corpus* da pesquisa etnometodológica. Outra característica é que o método requer descrição, visto que a estratégia de descrever o que fazem os membros, serve como instrumento de pesquisa de outras correntes, em particular da etnografia (COULON, 1995).

Para subsidiar o presente estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico das produções científicas (teses e dissertações) de cunho etnometodológico, entre 1997 e 2007, no acervo da Escola de Enfermagem Anna Nery, chegando-se ao seguinte resultado:

Espírito Santo (1997) considera que a etnometodologia tem caráter construtivista, focalizando a realidade social que se constrói e reconstrói através da ação e interação dos atores sociais na vivência cotidiana.

Coelho (1999) destaca que a etnometodologia dá oportunidade de compreender como os indivíduos vêem, descrevem e propõem, em conjunto, uma definição da situação em que vive no cotidiano de cada cliente.

Ribeiro (1999) tornou evidente que as enfermeiras e suas equipes possuem uma metodologia específica e distinta de cuidar na qual elaboram um desenho e procuram segui-lo até chegar ao tecido rendado final, que são os cuidados.

Santoro (2000) considera as atividades cotidianas de um grupo constituído socialmente, ou seja, o modo de conhecimento do senso comum. O valor teórico e epistemológico dessa abordagem prende-se ao fato de que, contrariando o pensamento da sociologia tradicional, repensam os fatos sociais com uma perspectiva de pesquisa tornando-se aplicável na área de Enfermagem.

Para Oliveira (2001), o enfoque etnometodológico atendeu ao objeto de seu estudo, sendo que a visita domiciliar mostrou a importância da participação da família e do sujeito em um processo contínuo de cuidar, permitindo à Enfermagem construir um cuidado criativo, solidário e sensível.

De acordo com Cavalcanti (2002), o método considera que o cotidiano do cuidar em cirurgia cardíaca permite muitas maneiras de fazer. A interação apareceu como uma forma especial que os enfermeiros utilizam durante todo o tempo, como uma ferramenta para este cuidar.

Andrade (2002) afirma que o método permite retratar o cotidiano de um transoperatório de cirurgia cardíaca, que se configura por ações e interações entre enfermeiros, paciente e demais membros da equipe de um Centro Cirúrgico, no qual o processo de cuidar apresenta-se como uma forma especial direta ou indiretamente voltado para o sucesso do procedimento cirúrgico e bem estar do paciente.

Cruzalegui (2003) sugere que o processo de acompanhamento apreende a realidade social dos atores e o modo como eles tomam decisões de como cuidar e exercer os cuidados no momento crítico, na sua prática assistencial, assim como os diferentes significados que os atores sociais atribuem ao cuidado que realizam, permitindo tornar visível a objetividade e a subjetividade desse cuidado.

Berardinelli (2003) destaca que a etnometodologia levou à busca de elementos que confirmassem que os cuidados de Enfermagem, em sua complexidade e dinamismo, originam gestos que expressam e traduzem objetividade e subjetividade, os quais se situam num determinado tempo, espaço e movimento em que o cuidado ocorre.

Guimarães (2005) conclui que o estudo possibilitou descobrir os meios que os enfermeiros utilizam para interagir no seu dia a dia, e entender como constroem as dimensões do cuidado na realidade que os cercam, reforçando que a essência do cuidado

passa pela relação enfermeiro - paciente, na interação com o mundo objetivo e subjetivo tanto de quem cuida quanto de quem está sendo cuidado.

Com a etnometodologia, Brum (2005) compreendeu que as ações de cuidar são ações práticas do dia a dia da equipe de Enfermagem, permeadas por interações entre os que cuidam e são cuidados no espaço hospitalar.

Prata (2005) considerou o método pertinente ao seu objeto de estudo, a interação entre os familiares de clientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca e os integrantes da equipe de Enfermagem, porque através dele vivenciou as atividades cotidianas desenvolvidas durante a realização dos cuidados de enfermagem dispensados àqueles clientes, o que evidenciou as especificidades do cuidado de enfermagem para as famílias.

Sória (2006), através do estudo etnometodológico, constatou que a resiliência dos profissionais de Enfermagem nas ações do cuidar, diante das situações de violência no dia a dia da Unidade de Terapia Intensiva, deriva do equilíbrio entre os fatores de risco e proteção, mediados pelo que denominamos de “imponderável”, o qual diz respeito à subjetividade, à individualidade e ao contexto social existentes em qualquer abordagem baseada no indivíduo.

Cavalcanti (2007), valendo-se também da etnometodologia, descreveu as reações de clientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca no cotidiano do cuidado interpessoal. Partiu do princípio de que esta é uma realização prática compreendida como base rotineira, ou seja, do senso comum, que incorpora o cuidar de Enfermagem.

Dentre os elementos constituintes da etnometodologia (etnométodos), os conceitos-chave utilizados no processo analítico e interpretativo desse estudo foram:

1. Prática cotidiana contextualizada do cuidado de Enfermagem: neste aspecto, aborda as atividades práticas e o raciocínio sociológico prático, como temas de estudos

empíricos, concedendo às atividades corriqueiras da vida cotidiana a mesma atenção que habitualmente se presta aos acontecimentos extraordinários, compreendendo-os como fenômenos de direito pleno (COULON, 1995).

Esta abordagem metodológica permitiu conhecer os métodos empíricos que os clientes utilizam para desenvolver suas ações cotidianas, como se comunicam, tomam decisões, raciocinam e interpretam a própria realidade diante dos cuidados que serão realizados diariamente.

2. Indexicalidade: a etnometodologia tem interesse constitutivamente pela linguagem. Coulon (1995) acrescenta que a linguagem cotidiana esconde todo um tesouro de tipos e características preconstituídas de essência social, além de abrigar conteúdos inexplorados. A linguagem possui um papel estratégico, pois é através dela que os indivíduos fabricam significados enquanto prática estruturadora dos atores sociais. Através da linguagem do grupo, o estudo permite mostrar que as atividades de cuidados têm um significado comum no contexto em que estão inseridos.

3. Reflexividade: Garfinkel (1967) designa a reflexividade como uma prática complexa, constituinte de um quadro social específico. É uma espécie de código de silêncio entre ordens morais capazes de pautar os comportamentos cotidianos de um grupo. Essa reflexividade está inserida no cuidado, na prática de quem cuida e naquele que é cuidado; a reflexividade determina a equivalência entre descrever e produzir uma interação. Através do processo da observação participante, o pesquisador torna-se um membro pesquisador e tem acesso à linguagem do grupo.

4. Descritibilidade: as atividades desenvolvidas no dia a dia sendo passíveis de reflexão expressam ações que podem ser descritas, tornando possível sua análise. Descrever as atividades sociais significa dizer que a subjetividade manifesta-se nas



práticas efetivas dos sujeitos da ação, e que sua subjetividade está na forma e nas expressões que determinam como essas ações se desenvolvem.

5. Filiação como membro do grupo: para Garfinkel (1967, p. 27), “esse elemento diz respeito ao domínio cognitivo, lingüístico e social das práticas da vida cotidiana e das áreas especializadas tal qual a ciência”. Para filiar-se como membro do grupo, é preciso compartilhar de um mesmo conhecimento, de uma linguagem própria do grupo, de domínio das práticas das atividades, produzindo conhecimento do senso comum ou o conhecimento científico adquirido, no seu contexto do processo de saúde-doença vivenciado diariamente.

Os princípios teóricos de ações das práticas cotidianas e das interações descritas por Garfinkel (1967) e comentadas por Coulon (1995), são conceitos que subsidiam a análise deste estudo por serem pertinentes, considerando que os cuidados são práticas do dia a dia dos clientes, estando permeados por interações, família, contexto da realidade e do cuidado.

#### **II.4 Apresentando o Cenário do Estudo na Perspectiva da Etnometodologia**

No presente estudo, o hospital foi considerado um Laboratório de pesquisa<sup>9</sup> e produção de conhecimentos e saberes, visto que nele funciona o Ambulatório de Cardiologia. A instituição é federal, pública, de alta complexidade e participa do Programa Humaniza do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde. Localizado na cidade do Rio de Janeiro, apresenta características assistenciais, de ensino e de pesquisa, com capacidade total de 500 leitos, 26 dos quais destinados à Cardiologia e 17 à Unidade Coronariana.

---

<sup>9</sup> Local destinado ao estudo experimental de qualquer ramo da ciência, ou aplicação dos conhecimentos científicos com objetivo prático (FERREIRA, 2004, p. 38).

O Ambulatório de Cardiologia, cenário da pesquisa, funciona de segunda à sexta-feira, das 07:00h às 16:00h. A demanda média é de 525 atendimentos / semanais, sendo 30 para o Ambulatório de próteses de valvas de pós-operatório tardio: clientes com implante de valva biológica e mecânica; 16 clientes de pré e pós-operatório mediato, incluindo clientes com cardiopatias congênitas, valvopatias congênita e adquirida, doenças coronarianas; e o restante, clientes incluídos no atendimento de Cardiologia Geral e de subespecialidades da Cardiologia.

Este Ambulatório está localizado no andar térreo de um dos prédios anexos ao hospital, com duas entradas distintas: uma para o prédio principal, destinada ao setor das internações, e outra para acesso aos Ambulatórios. Esta Unidade recebe clientes das seguintes regiões metropolitanas: Grande Rio, Serrana, Baixada Fluminense e Região dos Lagos.

O Ambulatório está dividido em nove consultórios, duas salas para exames, uma para Eletrocardiografia e outra para Ergometria e Estimulação Cardíaca; as áreas administrativas compreendem duas salas: uma para a recepção e organização do atendimento dos clientes, e outra para a Enfermagem.

A sala para exames de Eletrocardiografia é dividida em antessala para espera do exame, e outra para a realização do exame. As atividades são desenvolvidas diariamente, das 07:00h às 16:00h, por uma equipe de Enfermagem que propicia um cuidado específico e individualizado aos clientes.

A sala para exames de Ergometria dispõe de duas áreas: uma para o preparo do cliente e outra para a realização do exame. O horário de atendimento é das 08:00h às 13:00h, enquanto a sala de Estimulação Cardíaca (revisão de marcapasso) funciona das 07:00h às 12:00h.

A sala de Enfermagem é um espaço organizado para atender os clientes regularmente agendados para consulta, que necessitam informações de cuidados à saúde e orientações de enfermagem. Dentre as atividades realizadas estão: aferição da pressão arterial, orientações de dosagens das medicações, aprazamentos, avaliações de clientes no pós-operatório após a alta médica e orientações (pré e pós-operatórios imediato, mediato e tardio) e encaminhamentos de clientes cardiológicos para urgências clínicas.

A equipe é composta por uma Enfermeira, quatro Auxiliares de Enfermagem plantonistas e um Auxiliar Operacional de Serviços Diversos. A escala de trabalho é de 30 horas semanais.

O interesse em pesquisar neste cenário deve-se ao fato de que, ao longo da história do Serviço de Cirurgia Cardíaca, tem havido um crescente interesse da equipe de saúde em assistir o cliente e a família em suas necessidades de saúde. Tanto assim que no decorrer dos anos, a equipe de profissionais acompanhou o avanço técnico e tecnológico, aprimorando-se cada vez mais para o cuidado individualizado, atendendo a uma clientela específica e buscando fundamentação de conhecimentos científicos, com acolhimento, humanização e vínculo com o cliente e família, com vistas a uma melhor qualidade de assistência.

Outro fator de interesse foi o significativo número de cirurgias cardíacas realizadas nesta Instituição no período de outubro de 2008 a outubro de 2009: cerca de 264 cirurgias.

## **II.5 Conhecendo os Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos do estudo foram 48 clientes adultos com implante de valva mitral mecânica, sendo 18 homens e 30 mulheres, com idades entre 25 e 55 anos,

cognitivamente preservados, que discorreram acerca de como desenvolveram os cuidados de Enfermagem com a utilização da *Agenda de Cuidados* após a alta hospitalar. Entretanto, também levou-se em conta a disponibilidade de cada um, o interesse em participar do estudo, o entendimento da importância dos cuidados após a alta e o desejo de incluir os novos conhecimentos na rotina de vida diária.

A realização de cerca de 264 cirurgias, sendo 82 de troca de valva mitral mecânica, 120 de revascularização do miocárdio, 38 de trocas de valva mitro-aórtica e 24 cirurgias de correções de anomalias congênitas (correções de comunicação interventricular, interatrial, comissurotomias), atendeu ao rigor científico para a realização do estudo, considerando que do total de 82 clientes com implante de valva mitral mecânica, 48 foram selecionados para participar, correspondendo a 59%.

A preocupação maior foi com o aprofundamento e a abrangência de novos conhecimentos, o aprendizado, a descrição e a importância dos cuidados, de acordo com as necessidades na vida habitual.

## 2.6. As Questões Éticas

Os sujeitos selecionados foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar espontânea e livremente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (**Apêndice A**), cujo texto foi lido por todos junto com a pesquisadora, de acordo com os preceitos éticos na condução de pesquisas descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996).

Em atendimento ao disposto na Resolução 196/96 e às exigências do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa de Seres Humanos, foi preenchido a folha de rosto de cadastro da pesquisa no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (**Anexo A**),

para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal dos Servidores do Estado. Assim, foi obtido o termo de aprovação do protocolo de pesquisa (**Anexo B**) em 08 de outubro de 2008, sob nº 000.341. Houve necessidade de ajustes quanto aos aspectos metodológicos, éticos e bioéticos da pesquisa, ao entendimento do TCLE, o tempo necessário para ler, entender e assinar o referido documento e a possibilidade de eventos adversos imediatos e tardios, bem como acerca de benefícios diretos e indiretos para os sujeitos, o hospital e a comunidade.

## **II.7 Os Critérios da Pesquisa**

### **❖ De Inclusão**

Foram incluídos todos os clientes adultos de ambos os sexos com implante de valva mitral mecânica, submetidos a cuidados com regularidade no Ambulatório de Cardiologia. A escolha dos clientes coube à pesquisadora, obedecendo a cinco critérios: 1) ter utilizado a Agenda de Cuidados, 2) ter sido informado e orientado através deste instrumento sobre os cuidados de Enfermagem, com ênfase na alta hospitalar, 3) ser egresso da hospitalização cirúrgica; 4) ter sido submetido ao implante de valva no hospital onde a pesquisa foi realizada, 5) estar na faixa etária situada entre 20 e 55 anos, esta faixa apresenta maior quantitativo de clientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Os critérios para substituição da valva com prótese mecânica são estabelecidos pelas Diretrizes de Cirurgia nas Valvopatias (2004): clientes indicados com longa expectativa de vida; com insuficiência renal, em hemodiálise; com hipercalcemia, necessitando de tratamento com anticoagulante devido à fatores de risco para tromboembolismo; com 65 anos de idade, para substituição de valva aórtica, para

substituição de valva mitral com 70 anos e substituição de bioprótese com trombose; e clientes que não podem ou não aceitam o tratamento com anticoagulante.

Cabe ressaltar, que

a troca da valva dependerá de diversos fatores, tais como as características das lesões cardíacas, morbidade, expectativas de vida, baseada em idade, dentro desta faixa etária, sexo, fase reprodutiva da mulher, doenças sangüíneas e outras. (POMERANTZEFF; BARBOSA, 2004, p.1-8)

#### ❖ De Exclusão

Do total de clientes, foram excluídos 10, dos quais 06 do sexo feminino e 04 do sexo masculino, que interromperam a assistência ambulatorial; 03 porque se submeteram a cirurgias fora da cidade do Rio de Janeiro; 05 por terem sido submetidos a cirurgias em outro hospital da rede do SUS, e 02 por mudança de domicílio para outro Estado.

#### ❖ De Confiabilidade

A transcrição das entrevistas resultou em textos digitados, que foram entregues a cada um para conferência do respectivo relato, assim permitindo a validação das informações obtidas.

### **II.8 Técnicas de Coleta de Dados**

Foram utilizadas como técnicas de pesquisa a observação participante (OP), a entrevista com perguntas semi-estruturadas e a entrevista com perguntas livres ou não estruturadas. No primeiro caso, as anotações foram feitas em um diário de campo (DC); nos demais, os instrumentos foram os roteiros de entrevistas e a Agenda de Cuidados (AC), assim corroborando a literatura científica a respeito:

Os instrumentos para coleta das informações na pesquisa etnometodológica são: a observação direta, observação participante, diálogos, estudos de dossiês administrativos e escolares, resultados obtidos, gravações, projeções do material gravado pelos próprios atores, comentários feitos no decorrer dessas projeções. Esses instrumentos são os mesmos utilizados em qualquer pesquisa qualitativa. A distinção encontra-se na forma de construí-los, aplicá-los e analisá-los para a compreensão de uma dada realidade, baseada nos princípios da etnometodologia. (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; PORTO, 2006, p.75)

A coleta foi iniciada em outubro de 2008 e encerrada em outubro de 2009.

A observação participante permitiu identificar os aspectos legais e íntimos das relações sociais, ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhes são atribuídos, os motivos e os sentimentos de grupo na compreensão na totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios através de suas categorias de pensamento (MINAYO, 2004).

Haguette (2007, p.67), ao discorrer sobre as características da observação participante de natureza antropológica e sociológica, afirma que:

Enquanto a antropologia busca o “sentido das coisas” para melhor compreender o funcionamento de uma sociedade primitiva ou de um grupo humano, a sociologia - em sua vertente interacionista - fá-lo porque acredita que toda organização societal está assentada nos “sentidos”, nas “definições” e nas ações” que indivíduos e grupos elaboram ao longo do processo de “interação simbólica do dia-a-dia.

Conforme preconizam Garfinkel (1967) e Coulon (1995), a realização da observação participante na etnometodologia ocorreu a partir da entrada em campo, o que permitiu observar com maior frequência os clientes que necessitam de atenção à sua saúde. No caso presente, esta observação foi idealizada para se dar entre agosto e novembro de 2008. Entretanto, ante a necessidade de explicitar etapas da metodologia, por solicitação do Comitê de Ética em Pesquisa do HSE, este período foi alterado pelo próprio Comitê, passando a ser de outubro de 2008 a outubro de 2009, como mencionado anteriormente.

As informações sobre a pesquisa foram dadas aos clientes, assegurando-se-lhes o sigilo e anonimato. Os dias escolhidos para as entrevistas foram terças, quintas e sextas-feiras, das 07:00h às 12:00h. Justifica-se a escolha destes dias pela maior concentração de clientes no Ambulatório para avaliação médica, coleta de exames laboratoriais, realização de exames diagnósticos, busca de informações e/ou orientações sobre os cuidados de Enfermagem.

Antes de iniciar o período da observação, os participantes foram informados sobre a pesquisa. Esta aproximação inicial ocorreu junto a um grupo composto por 08 clientes que atendiam aos critérios de inclusão. Na ocasião, foi feita uma exposição de motivos sobre o estudo, bem como explicitados os objetivos da pesquisa.

A observação do cotidiano dos clientes deu-se no Ambulatório, enquanto aguardavam a consulta médica e os resultados de exames laboratoriais, eletrocardiografias e ecocardiografias. Na verdade, os clientes chegam cedo, antes das 06:00h da manhã; às 07:00h submetem-se à coleta de sangue no laboratório para controle da anticoagulação oral, realizando os outros exames previstos em seguida.

Neste movimento, permanecem no Ambulatório por cerca de seis horas, à espera dos resultados dos exames, período aproveitado por mim, como pesquisadora, para registrar a situação de cuidados de cada um, a linguagem cotidiana, a dinâmica dentro deste contexto e o que significa para eles. É válido destacar que a minha aproximação aos grupos de clientes ocorreu naturalmente, pois estes necessitam de profissionais que se coloquem à disposição para resolver eventuais problemas e atender às suas necessidades.

Para os registros da observação participante com vistas à filiação como membro de grupo, foi elaborado um quadro descritivo contendo os seguintes itens: data, horários de início e término da observação e a descrição das situações que estavam vivenciando



os sujeitos envolvidos. Foi também utilizado um diário de campo, com data e horário para registros do cotidiano daqueles clientes que mais elucidassem e atendessem os objetivos da pesquisa.

No Diário de Campo (**Apêndice B**), foram incluídos a data e o horário para que os registros tivessem uma sequência da descrição dos fatos observados acerca de cada cliente, bem como da narrativa dos juízos de valor da pesquisadora durante as entrevistas, para anotar quaisquer detalhes, verbalizados ou não pelos clientes, julgados relevantes para enriquecer a discussão dos resultados. Este procedimento está previsto na literatura científica (POLIT; HUNGLER, 2004).

A Agenda de Cuidados (**Apêndice C**) foi o instrumento de coleta de dados que possibilitou identificar e refinar os tipos de cuidados de Enfermagem que os clientes desenvolvem, tais como os cuidados de manutenção da vida cotidiana: higiene do corpo, cicatrização da ferida cirúrgica, realização de tarefas domésticas, dieta, ingestão dos medicamentos prescritos, padrão do sono e repouso, lazer e atividade sexual, dentre outras ações a que mais necessitam recorrer para sentirem bem estar.

A Agenda de Cuidados (DUTRA, 2005), cuja elaboração contou com a participação de cerca de 48 clientes como sujeitos do estudo, ao relatarem suas dificuldades e necessidades para o desenvolvimento dos cuidados, teve como finalidade informar, orientar e contribuir com informações detalhadas acerca do modo de fazer os cuidados, com conhecimento e atenção aos sinais e sintomas que possam trazer problemas em decorrência da fase de recuperação da saúde.

Trata-se, portanto, de uma tecnologia do cuidado de Enfermagem, um conhecimento com base nas situações vividas pelos clientes, de aprimoramento e estratégias para cuidar dos clientes que desenvolvem as atividades habituais após a alta

hospitalar, sendo registrada junto à Biblioteca Nacional, no Rio de Janeiro, sob o nº 905931 do International Standard Book Number (ISBN).

A Entrevista Livre ou Não Estruturada (**Apêndice D**), conforme define Minayo (2007), é uma técnica de entrevista que permite melhor interação entre o depoente e o pesquisador, revelando conhecimentos culturais internalizados que expressam as condições sociais. Para Sousa e Gauthier (1998, p. 31), ela tem início “a partir de uma conversa sobre um tema geral não-estruturado pelo entrevistador, orientando e estimulando o entrevistado no sentido de precisar, desenvolver e aprofundar aspectos que espontaneamente coloca.”

Assim, a entrevista livre permitiu aprofundar questões que não foram esclarecidas, ou que deveriam ser mais exploradas e detalhadas para apreender o entendimento dos sujeitos envolvidos durante as situações observadas frente ao objeto de pesquisa. Quanto aos registros das informações obtidas, para garantir sua confiabilidade, foram todos submetidos à aprovação dos clientes envolvidos nas discussões.

As Entrevistas Semi-estruturadas foram realizadas após o término do período de observação participante, gravadas e transcritas pela pesquisadora e, posteriormente, apresentadas aos sujeitos para validação e aprovação de seus depoimentos, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De acordo com Bauer e Gaskell (2003, p.65),

a entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Para realizar as entrevistas semi-estruturadas, foi utilizado como instrumento um roteiro específico com questões sobre o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem,

bem como as dúvidas e as dificuldades encontradas pelos clientes, compreendendo as crenças, atitudes e comportamentos em relação a estes cuidados.

As informações das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo preconizada por Bardin (2004), gerando unidades temáticas com o objetivo de identificar e discutir os tipos de cuidados de enfermagem realizados por clientes com implante de valva mitral mecânica após a alta hospitalar.

O Roteiro de Entrevista Semi-estruturada (**Apêndice E**) foi um instrumento utilizado para a coleta de dados, entendendo-se que as perguntas fundamentais da entrevista semi-estruturada no enfoque qualitativo, não nascem *a priori*; resultam não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda informação recolhida por ele sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive os realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas. (TRIVIÑOS, 1990, p. 146)

O processo de construção do instrumento fundamentou-se também nos saberes da prática educativa preconizados por Freire (2006, p. 59), em especial,

respeito à autonomia e à dignidade de cada um é imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceber uns aos outros. [...] Saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber.

Por analogia, a apropriação destes saberes, torna coerente a garantia do cuidar, do respeito, da autonomia, da dignidade, da ética e da individualidade do cliente, confirmando a idéia de Coelho (1999, p. 37) sobre a questão, qual seja, a de que

a construção do cuidar/cuidados abrange elementos ideológicos, fundamentos de uma filosofia assistencial, conceitos e técnica que interessam diretamente as tomadas de decisão sobre as formas de atendimento. [...] envolve raciocínio, intuição, sensibilidade, conhecimento e experiência profissional, além de bom senso.

Sendo assim, o cuidar de clientes submetidos ao implante de valva mitral após a alta hospitalar, deve ser parte de um processo de busca técnico-científica pela equipe de saúde, interessando a cada um desta equipe as suas especificidades.

Dutra (2005) identifica as diferentes situações de impedimentos e necessidades dos clientes durante a realização das ações de saúde voltadas para os cuidados de Enfermagem no cotidiano e, portanto, nesta pesquisa, objetiva identificar os tipos de cuidados de Enfermagem vivenciados pelos clientes.

## **II. 9 As Técnicas de Pesquisa e a Validação dos Instrumentos**

Foi realizado um teste piloto para validação do instrumento de coleta de dados e realização de ajustes necessários. Para tanto, foram selecionados quatro clientes aos quais foi solicitada anuência para gravação dos respectivos depoimentos em fita magnética, a fim de garantir a fidedignidade daquilo que dissessem como prevê a Resolução CNS-196/96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Os clientes escolhidos para esta fase da pesquisa não integraram o grupo efetivo de sujeitos do estudo.

Posteriormente, os participantes do estudo receberam esclarecimentos sobre a temática a ser pesquisada, e foram colocados à vontade para participar da pesquisa ou dela desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo e/ou constrangimento de qualquer espécie, e também informados de que os dados obtidos seriam utilizados apenas na pesquisa, à qual poderiam ter acesso se assim o desejassem.

Dada a permissão do cliente, cada um teve liberdade para escolher letras do alfabeto que lhes serviriam de identificação no estudo, garantindo o seu anonimato. Em

seguida, às letras do alfabeto escolhidas, foram acrescentados pela pesquisadora os números 1, 2 e 3, assim designando os grupos estudados.

## **II. 10 Etapas da Coleta de Dados**

As etapas da coleta de dados pela pesquisadora iniciaram-se com a **visita exploratória do campo e dos clientes**, seguida da **observação participante** e da **interação com o grupo** através do etnométodo da prática cotidiana. Inicialmente, estabeleci o tempo de 30 minutos, que se mostrou insuficiente visto que os clientes relatavam passo a passo os cuidados que realizavam. Sendo assim, para atender ao ritmo da exposição verbal de cada um, o tempo foi ajustado para 60 minutos.

O tempo para a coleta de dados aconteceu em duas etapas: na individual, demandou 60 minutos, e em grupo, 40 minutos. As entrevistas foram realizadas individualmente e em grupo, com o propósito de obter detalhes sobre os clientes, observando o que o grupo poderia oferecer como conhecimento novo e relevante para a construção dos cuidados diários.

## **II. 11 Tratamento e Análise dos Dados Coletados**

Para o tratamento e análise dos dados, foram realizadas leitura cuidadosa, levantamento e análise de temáticas associadas à observação participante, às entrevistas e à Agenda de Cuidados. Segundo Minayo (2007, p. 209), a análise temática constitui-se em procedimento que visa “descobrir os núcleos de sentido que compõem a

comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo pesquisado”.

A seguir, no Quadro 1, a síntese da coleta de dados na pesquisa etnometodológica, com as respectivas etapas.

**Quadro 1 - Síntese da Coleta de Dados na Pesquisa Etnometodológica**

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	DIÁRIO DE CAMPO	ENTREVISTA LIVRE OU NÃO-ESTRUTURADA	ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	AGENDA DE CUIDADOS
Visita exploratória do campo e dos clientes Período de outubro de 2008 a 30 de outubro de 2009	Início em outubro de 2008 a outubro de 2009	A discussão fluiu sem perder de vista os objetivos do estudo Gravação das entrevistas	Após o término do período da observação participante Gravação das entrevistas	A discussão fluiu sem perder de vista os objetivos do estudo
Dias da semana 3ª, 5ª e 6ª feiras das 07:00h às 12:00h	Leitura cuidadosa das observações	Registros das informações foram transcritas e digitadas	Registros das informações foram transcritas e digitadas	Registros das orientações que mais foram solicitados entre os grupos
Filiação no grupo como membro	Releitura das observações para análise temática	Leitura cuidadosa dos depoimentos para análise temática	Leitura cuidadosa dos depoimentos para análise temática	Registros foram transcritos e digitados para análise temática

O tratamento das entrevistas foi realizado com base no método de análise de conteúdo (BARDIN, 2004, p. 42), definida pela autora como

um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens.

A análise temática, uma das técnicas da análise de conteúdo, segundo Bardin (2004), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja

presença ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido, e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise, e não de manifestações formais regulares. Os dados coletados foram agrupados por convergência de conteúdo.

Para **classificação e categorização** dos conteúdos levou-se em conta as idéias dos clientes e as relações entre os elementos de seus depoimentos verbal e textual, a identificação dos temas encontrados nos conteúdos dos registros durante a observação participante e na transcrição das entrevistas e da Agenda de Cuidados.

As **informações do diário de campo e dos conteúdos da coleta de dados** foram reagrupadas sucessivamente após leitura e releitura das informações. As *categorias empíricas* foram elaboradas com a leitura das informações coletadas dos instrumentos, em seguida agrupadas para serem discutidas à luz dos conceitos de interação e ações práticas da etnometodologia, por Garfinkel (1967) e Coulon (1995), com a finalidade de evidenciar os etnométodos do estudo. Após esta etapa, foi iniciada uma discussão com autores que contribuíram para a fundamentação teórica dos resultados elucidados.

Neste sentido, foi possível buscar pela *reflexividade* dos clientes, os significados, e explicações das próprias ações no contexto observado.

A expressão ‘categorias empíricas’ foi baseada na conceituação de Minayo (2007, p. 94) de que são categorias

construídas com a finalidade operacional a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (...) Essa categoria empírica, construída a partir dos elementos dados pelo grupo social, tem todas as condições de ser colocada no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade, e de, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade.



A etnometodologia descreve minuciosamente como os membros de uma coletividade convivem; os pesquisadores, por sua vez, inserem-se na intimidade deste microsocial com uma linguagem comum, tendo como propósito evitar ambigüidade nas interpretações. Coulon (1995) ressalta que captar o ponto de vista dos membros não consiste simplesmente em registrar o que dizem, nem mesmo em pedir-lhes que explicitem o que fazem. Implicam, sim, em situar suas descrições em seu contexto, e considerar seus relatos como instruções de pesquisa.

Os membros da pesquisa descreveram regras de convivência que muitas vezes se revelam com olhares, gestos, silêncios, sonhos, iniciativas, imaginação, fazendo com que o grupo de clientes troque idéias e experiências. Assim, neste contexto, as observações e as entrevistas complementaram-se, possibilitando as interações sociais que tornaram evidentes o cuidado de Enfermagem e os hábitos de cuidar dos clientes no dia a dia.

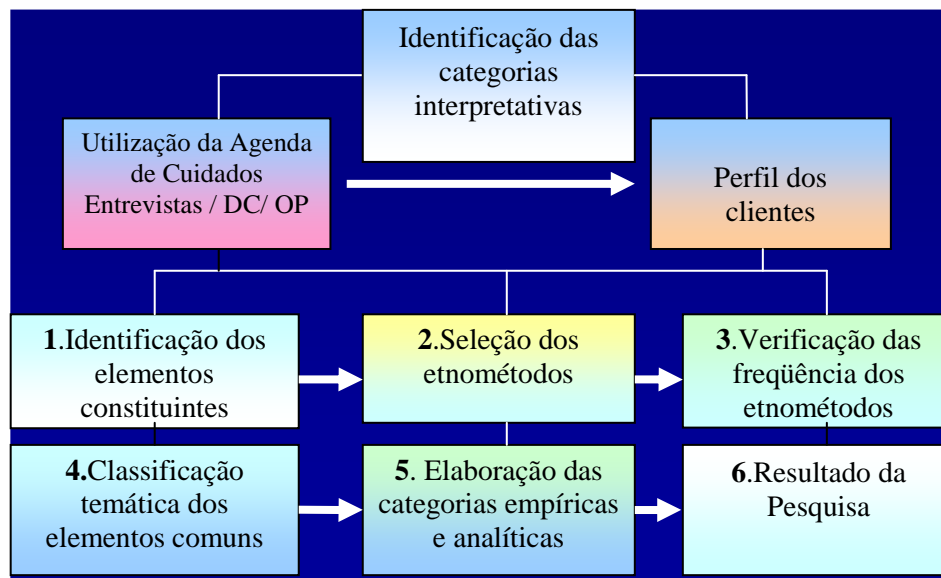
## **II. 12 Análise e Interpretação dos Resultados**

Para a análise e interpretação dos resultados, os dados empíricos foram identificados e categorizados. Para Bardin (2004, p. 117), a categorização é

uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por agrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos.

O Fluxograma I, apresentado a seguir, descreve as etapas da análise dos dados obtidos.

### Fluxograma I - Etapas da Análise dos Dados



Na análise e interpretação dos resultados, foram identificadas as categorias interpretativas obtidas através de entrevistas, utilização da Agenda de Cuidados, diário de campo e observação participante, tornando possível traçar o perfil dos clientes.

Os elementos constituintes foram identificados e selecionados; em seguida, verificou-se a frequência dos etnométodos, que ensejou a classificação temática dos elementos comuns e a elaboração das categorias empíricas e analíticas.

Os temas encontrados foram relacionados a partir da observação participante e do objeto de pesquisa, enquanto a análise e descrição dos dados fundamentaram-se no referencial bibliográfico e teórico sobre o cuidar de clientes com implante de valva cardíaca mitral mecânica.

### **CAPÍTULO III**

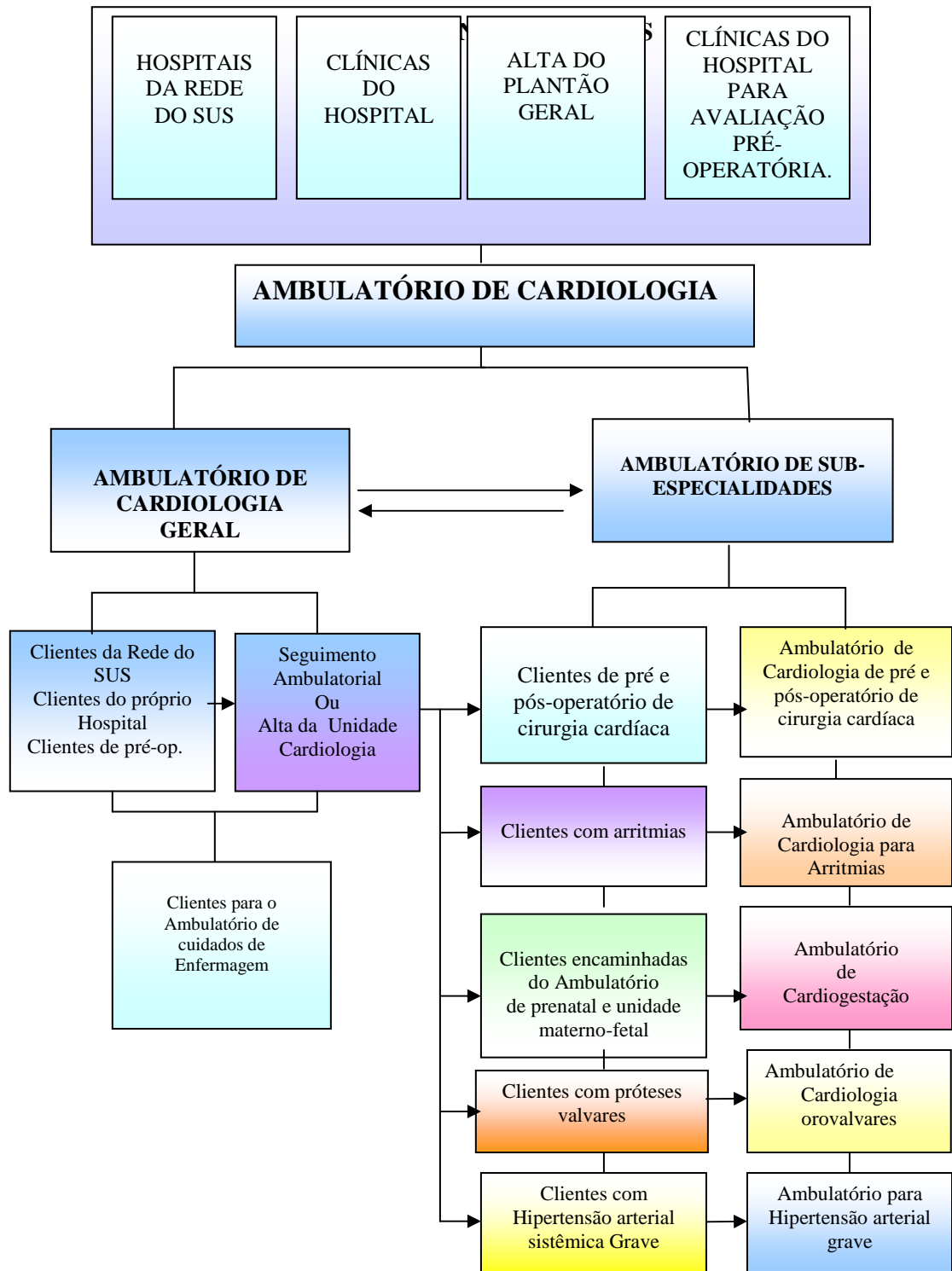
#### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este Capítulo tem início com a elaboração do fluxograma da porta de acesso dos clientes ao Ambulatório de Cardiologia, que tem por finalidade caracterizar a assistência clínica e cirúrgica desenvolvida junto aos clientes de primeiro atendimento ou de seguimento de tratamento.

O desenho do fluxograma mostra quatro portas de acesso que permitem ao cliente realizar o percurso de acordo com o processo de saúde, doença e cuidados. A partir desta realidade, e conforme o diagnóstico clínico, os clientes podem ser encaminhados para assistência Cardiológica Geral e/ou das Subespecialidades.

Sendo assim, foi possível caracterizar o perfil dos assistidos, e mais especificamente dos grupos de clientes selecionados para o estudo, conforme descrito a seguir.

**Fluxograma II - Porta de acesso ao Ambulatório de Cardiologia e a especificidade do cuidado do cliente com valva mitral mecânica**



Dentre as quatro portas de acesso de clientes ao Ambulatório de Cardiologia, a primeira é daqueles encaminhados por outras unidades da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda, dos clientes encaminhados pelo próprio hospital, através de solicitação de parecer e/ou encaminhamentos de outras clínicas; a terceira é de clientes após a alta do Serviço de Plantão Geral; e finalmente, a quarta porta é de clientes vindos para avaliação pré-operatória das clínicas cirúrgicas.

Todos são assistidos pela Clínica Cardiológica Geral e de Subespecialidades com os seguintes diagnósticos: cardiopatias isquêmica, hipertensiva e congênita, miocardiopatias, valvopatias, pericardite, cor pulmonale crônico e arritmias (DUTRA, 2006).

Assim, a partir da Clínica Cardiológica Geral, inicia-se a dinâmica assistencial de clientes vindos de hospitais da rede do SUS, muitos deles necessitando de complementação de exames para um diagnóstico definitivo. Conforme os resultados dos exames, eles são mantidos na Clínica Cardiológica Geral ou encaminhados para a Clínica Cardiológica de Subespecialidades, segundo a evolução da doença.

Desta forma, os clientes que necessitam de cirurgia cardíaca são atendidos no ambulatório de pré e pós-operatório; com arritmias cardíacas, no ambulatório de arritmia; gestantes, no pré natal; no ambulatório de cardiogestação, após implante de valva cardíaca biológica e mecânica; no ambulatório de orovalvares, com hipertensão arterial grave; no ambulatório de hipertensão arterial grave, para a avaliação pré-operatória, encaminhados das Clínicas cirúrgicas dentro do próprio hospital e, em seguida, liberados para cirurgia ou não, conforme os riscos cardiovasculares identificados pelo ambulatório de Cardiologia Geral.

Neste caminhar, os clientes são assistidos em sua individualidade, sem limitar a doença, a partir de suas necessidades de saúde, contribuindo na elaboração do processo

de cuidados de Enfermagem.

Também, é levado em consideração o trajeto dos clientes diagnosticados para o tratamento cirúrgico, bem como as condições físicas, os riscos do tratamento proposto e a situação que vivencia desde sua adesão do tratamento.

A respeito deste conhecimento, esclarece Collière (1999, p. 241):

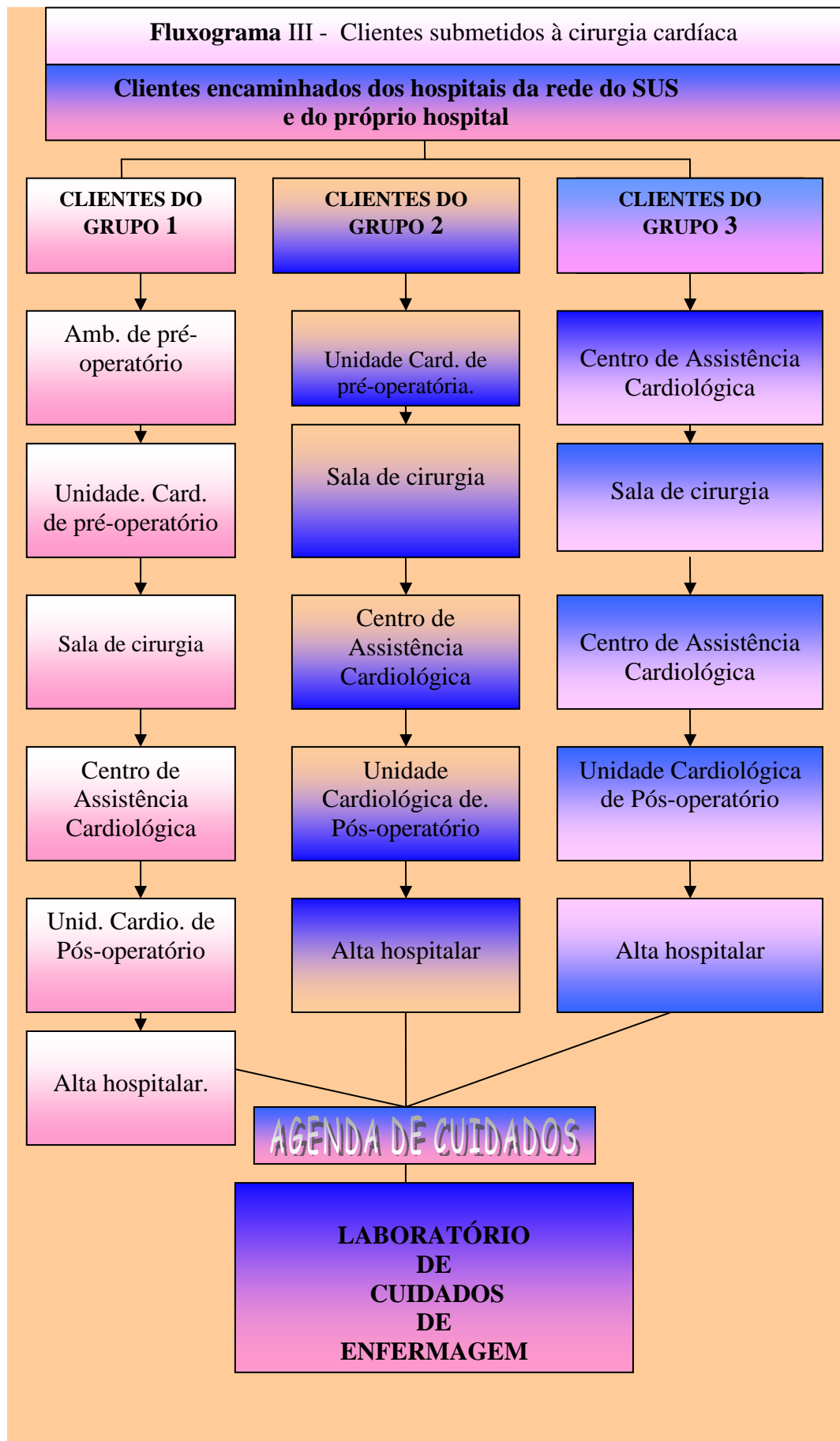
Se cuidar não se pode limitar a tratar a doença, por mais grave ou benigna que seja, importa perguntar, então, quais são os elementos, as referências, que podem contribuir para construir o processo de cuidados de Enfermagem, a partir das situações vividas pelas pessoas que precisam dos cuidados, tendo em conta a natureza dos cuidados de manutenção da vida e dos cuidados de reparação.

Portanto, permitir que o cliente fique à vontade junto aos profissionais de saúde no ambiente ambulatorial, é uma maneira de deixá-lo fazer as próprias escolhas, pensar, comunicar, duvidar, interagir e indagar tudo que envolve a sua saúde.


Neste fluxo encontram-se clientes com disfunções cardiovasculares que solicitam informações em saúde, necessitam de assistência médica e de cuidados de Enfermagem, procuram diálogos compreensivos acerca de situações que vivenciam, e precisam de um diagnóstico relacionado ao processo da doença e dos cuidados.

À medida que os grupos de clientes têm acesso ao ambulatório, constitui-se o tecido, a textura de vida de cada um que fundamenta todo o processo de cuidar. Portanto, ressalta Collière (1999), identificar os cuidados de Enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza e os elementos que participam na sua colaboração; os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundamentam.

Finalmente, a identificação dos tipos de cuidar perpassa pelas formas e estilos do cuidar e dos cuidados, de maneira peculiar, dentro de um cotidiano interpessoal, social, oral, escrito, técnico, conectivo, normativo, confortável, expressivo, solitário e específico, como se pode observar no fluxograma dos clientes submetidos à cirurgia cardíaca, apresentado na página seguinte:



Os clientes são encaminhados dos hospitais da rede do SUS e do próprio hospital.

 Clientes do **Grupo 1** fazem 06 trajetos para serem submetidos à cirurgia; enquanto os dos **Grupos 2 e 3**, 05 trajetos cada.

O trajeto dos clientes que se submetem à cirurgia cardíaca é descrito no Fluxograma III.

Os clientes selecionados para o estudo foram divididos em três grupos: o primeiro, segue o percurso natural, atendidos primeiramente no Ambulatório de Cardiologia Geral, em seguida encaminhados para o Ambulatório de Cardiologia de pré-operatório, a cirurgia é marcada, o cliente é hospitalizado na Unidade da Clínica Cardiológica de pré-operatório, aguarda o tratamento cirúrgico e após, é submetido à cirurgia cardíaca. A seguir, da sala de cirurgia cardíaca, é encaminhado ao Centro de Assistência Cardiológica, em pós-operatório imediato por 72 horas; finalmente retorna à Unidade da Clínica Cardiológica de pós operatório mediato, onde permanece por mais 07 dias. O cliente só é liberado para a alta hospitalar com as condições clínicas equilibradas e encaminhado, segundo as necessidades de cuidados, para avaliação ambulatorial.

O segundo grupo de clientes foi integrado pelos que se hospitalizaram em caráter de urgências clínicas agravadas pela doença, e permaneceram na unidade de cirurgia cardíaca de pré-operatório a fim de reequilibrar as funções orgânicas; assim, aguardam o tratamento cirúrgico e após, são submetido à cirurgia. A seguir, da sala de cirurgia cardíaca, são encaminhados ao Centro de Assistência Cardiológica em pós-operatório imediato por 72 horas. Finalmente, retorna para a Unidade da Clínica Cardiológica de pós-operatório mediato, onde permanecem por mais 07 dias, sendo liberados para a alta hospitalar com as condições clínicas equilibradas e encaminhados para avaliação ambulatorial, segundo as respectivas necessidades de cuidados.



O terceiro grupo, composto por clientes encaminhados diretamente do Plantão Geral, ou de outra unidade da Rede do SUS para o Centro de Assistência Cardiológica, foi integrado por clientes que necessitam de urgências cirúrgicas devido ao agravamento da doença; assim, aguardam o tratamento cirúrgico, e após são submetidos à cirurgia cardíaca. Da sala de cirurgia cardíaca, são encaminhados para o Centro de Assistência Cardiológica, em pós-operatório imediato por 72 horas; finalmente, retornam à Unidade da Clínica Cardiológica de pós-operatório mediato, onde permanecem por mais 07 dias. Os clientes são liberados para a alta hospitalar com as condições clínicas equilibradas e encaminhados, segundo as necessidades de cuidados, para avaliação ambulatorial.

De fato, acrescenta Collière (1999, p. 238), estas situações a que o cliente se submete, “não podem fazer sentido se não houver manutenção de tudo o que contribui para a continuidade e desenvolvimento da vida”, mesmo temporariamente, em certas circunstâncias como a de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

### **III. 1 A Agenda de Cuidados como Estratégia de Cuidar no Ambulatório de Cardiologia e como Instrumento de Coleta de Dados**

No dia a dia no Ambulatório de Cardiologia, é percebida a existência de um cuidar que resulta do homem em suas relações sociais, políticas e culturais; também é vista com desvelo, já que dificilmente se consegue metodologias estruturadas, pois, como afirmam Castro e Camargo (2008), antes de interpretar os significados de cada fio de uma teia culturalmente tecida pelo homem que cuida, considera o cuidado especializado como um objeto cognoscível,<sup>10</sup> passível de ser identificado ou definido a partir de fórmulas ou operações matemáticas para atender as suas necessidades.

---

<sup>10</sup>Objeto cognoscível: que se pode conhecer (FERREIRA, 2004).

No objeto do conhecimento, o cuidado de Enfermagem especializado dos clientes com implante de valva mitral mecânica, ressalta Machado (2006), sempre que se tem um ato de conhecimento, é primordial a presença de dois elementos: o eu, que conhece a atividade que o eu cognoscente desenvolve, e o objeto a que se dirige à atividade desenvolvida.

Assim, para que se dê o processo do conhecimento, o eu que conhece há de se defrontar com o objeto cognoscível. Enquanto um não se põe ante o outro, numa necessária posição de reciprocidade, não há sequer como pensar na ocorrência de um processo de conhecimento. Não há um sem o outro. A presença do sujeito cognoscente ao objeto cognoscível é indispensável.

O cuidar dos grupos de clientes no Ambulatório é o encontro com o outro, cada cliente trazendo elementos do processo de cuidados, seja objetivo ou subjetivo, real ou irreal, implícito ou explícito, tudo dependendo da constituição destes elementos, da interação que origina este encontro e da definição das necessidades vitais de cada um.

Acrescenta Teixeira (2005) que, nesse encontro, a conversa não é apenas um veículo para se chegar a um conjunto de acordos ou consensos, mas tem um fim em si mesmo, na medida em que se trata de uma obra conjunta que vai construindo o sentido daquele encontro, e que se trata do primeiro produto material partilhado daquela relação.

Estas necessidades podem ser atendidas desencadeando ações que satisfarão o cliente de acordo com suas crenças e valores, a partir do conhecimento do senso comum, do contexto de vida e do conhecimento científico.

A utilização de tecnologias na compreensão da natureza do cuidado, muitas vezes exige decodificação, de acordo com o que ele tenta expressar para atendê-lo no que espera ser esclarecido e orientado.

Com esta realidade do cotidiano que compartilho com os clientes e suas famílias,

as informações em saúde e orientações de Enfermagem, realizo um cuidar aprendendo o conhecimento do outro, decodificando os significados do que é importante para a recuperação da saúde, tornando-se este processo uma constante renovação de conhecimentos que contribui para a construção destes cuidados.

A Agenda de Cuidados é um exemplo de renovação de conhecimentos, e neste estudo foi válida como instrumento de cuidados e de coleta de dados, na medida em que utilizou estratégia baseada em escuta, compreensão, descoberta, identificação e discussão diante das necessidades de cuidados de saúde que podem trazer conforto, segurança e bem-estar na vida diária, não sendo, portanto, prescritiva, com passos seqüenciais de explicações, o que nem sempre é o que o cliente necessita naquele momento, mas sim, apenas ser ouvido pelo profissional com gestos de compreensão.

No ambulatório, o cuidar através da Agenda de Cuidados é desenvolvido pela equipe de Enfermagem como qualquer outra atividade de assistência à saúde: com tecnologia, um saber-fazer com técnica, permitindo resolver as questões de acordo com as possibilidades e necessidades de cada cliente. Entretanto, este processo de cuidado depende de um conjunto de trocas, em que cada um tem o seu conhecimento, sinalizando o que pode oferecer ao outro.

Talvez por isso, muitas vezes, não seja necessário o cliente levar um exemplar da Agenda para seu domicílio em seu primeiro contato, até porque muitos demonstram que ainda não se conscientizaram da realidade e do que é importante para a sua saúde, ou não refletiram a respeito da ligação do novo contexto de vida com os cuidados de Enfermagem.

Freire (2006) afirma que a conscientização não pode existir sem os atos de ação e reflexão. São unidades dialéticas que constituem, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo. Portanto, para o autor, a conscientização

é o olhar mais crítico possível da realidade que a desvela para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante [...]. É o primeiro objetivo de toda educação, pois deve provocar uma atitude crítica, de reflexão e compromisso com a ação. (FREIRE, 2006, p.29; 40)

A conscientização leva, sem dúvida, ao interesse pela realidade, e esta requer compromisso de cuidados para manter a vida. Mesmo assim, o cliente ainda que esclarecido durante o período de hospitalização, não tem uma idéia precisa do quanto sua vida dependerá destes cuidados.

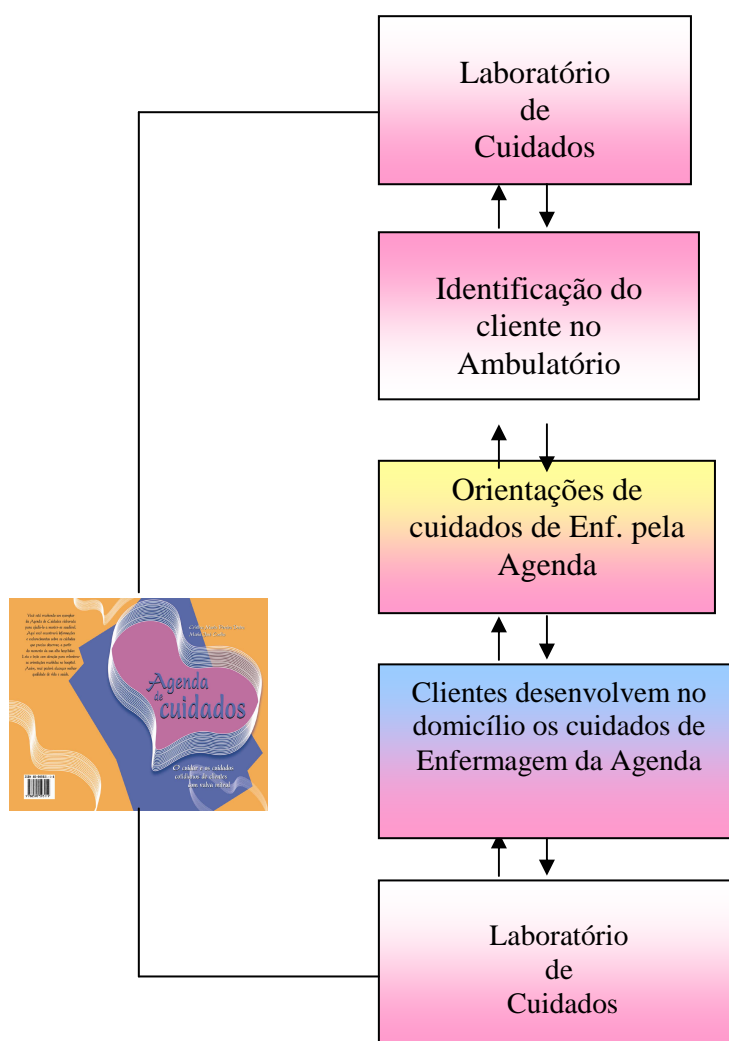
Estas observações cuidadosas em relação ao cliente se voltam para os gestos, a expressividade, o comportamento, levando a um reaprendizado dos pequenos sinais, de atitudes, das entrelinhas da comunicação verbal e não verbal. Em certos momentos, o que o cliente verbaliza não é o que expressa em gestos, com o olhar, a *facies* e a postura; ao contrário, é como se estivesse em um mundo à parte, exprimindo tristeza e desconforto, impossibilitando qualquer iniciativa de ajuda e de cuidados.

Diante destas reações, procuro um sentido nesta rede de interferência entre o cliente e o cuidado no dia a dia. Também considero necessário compreender as situações em que os clientes estão envolvidos, almejando uma construção ideológica de um cotidiano tranqüilo, organizado e equilibrado. Este é um dos desafios vivenciados na busca de maneiras de cuidar que equacionem suas necessidades diárias nos respectivos domicílios após a alta hospitalar, pois é o ambiente ideal para reaprender, experimentar, compreender, (des)construir hábitos, mudar estilos de vida e ter uma nova visão de mundo, tudo sempre dependendo de suas próprias escolhas e livre arbítrio.

Sob este prisma, Silva (2005) complementa que a busca por alternativas e propostas deve ser uma constante no sentido de resgatar o “homem”, o “cidadão” e o “trabalhador” da alienação de seu “ser”, de seu exercício de cidadania e de sua dignidade.

Para melhor compreensão do fluxo de cuidados de Enfermagem como alternativa de conhecimentos para os clientes com implante de valva mitral mecânica, foi elaborado o Fluxograma IV, referente à Agenda de Cuidados, apresentado a seguir.

#### Fluxograma IV - Agenda de Cuidados



Os clientes, quando obtêm alta hospitalar após a cirurgia, no mesmo dia são encaminhados ao Ambulatório de Cardiologia para a primeira avaliação das necessidades de cuidados. Por semana, cinco são os clientes que comparecem necessitando de orientações de cuidados. Acompanhados por seus familiares, demonstram expectativas em relação à situação que envolve o processo saúde, doença,

cuidados e a recuperação da saúde.

Os cuidados de Enfermagem mais solicitados estão relacionados com a higiene da pele, pelo receio de feri-la durante a limpeza mediana do tórax. Justifica-se a preocupação pelo fato de a ferida estar em processo de cicatrização, dolorida, frequentemente com os bordos semi-abertos, às vezes drenando uma secreção serosa, com presença de sutura nos terços do tórax e nos óstios dos drenos, contribuindo para que os clientes permaneçam numa postura encurvada para frente, demonstrando que assumiram essa posição por sentirem mais alívio com a diminuição da dor, e também para não estirar a pele da ferida cirúrgica.

Normalmente, os clientes questionam quando poderão voltar às atividades laborais e referem inapetência alimentar, constipação intestinal, debilidade para deambular, fraqueza nos membros inferiores, desconhecimento sobre como fracionar as dosagens dos medicamentos, medo de dormir à noite (medo de “morrer” durante o sono).

Os clientes e a família são orientados através da Agenda quanto às situações de cuidados, em relação à abordagem da higiene do corpo, à limpeza da ferida cirúrgica quando são retiradas as suturas na sala de curativos; ao processo de cicatrização e aos efeitos positivos da postura ereta do corpo.

A Agenda também enfatiza a importância das dietas para reequilíbrio das funções orgânicas e principalmente da função intestinal, das dosagens das medicações e dos horários prescritos, da regularidade do sono e repouso, que demanda tempo para se normalizar. Quanto ao tempo de retorno às atividades laborais, o instrumento explica que dependerá das condições físicas de cada um.

Neste primeiro contato, se houver interesse por parte do cliente, ele recebe um exemplar da Agenda de Cuidados para ler em seu domicílio; ao retornar, após sete dias,

espera-se que esteja com mais vivência das necessidades, demonstrando que quer ser melhor informado a respeito de todas as atividades de cuidados. Por isso, há necessidade de propiciar ao cliente um ambiente agradável, deixando-o bem à vontade para falar sobre o dia a dia, seus desafios e problemas, o que julga ser mais importante neste momento que vivencia possibilidades e limitações. Do ponto de vista das mudanças, analisa o que mudou, deseja e quer mudar. Observa o corpo, a cicatriz cirúrgica, como está usando as medicações e o que gostaria que fosse inserido nos cuidados para a vida diária.

Na verdade, compreender os clientes nesta fase, é um processo de aprendizado mútuo, que permite reconhecer situações de cuidados e relacioná-las com o contexto de realidades diferenciadas.

Cada cliente faz este percurso, retorna ao Ambulatório demonstrando interesse em saber lidar no dia a dia com os cuidados, principalmente, com as dosagens das medicações e das atividades diárias. Assim, aos poucos, encontram maneiras de adequar os cuidados à sua rotina de vida, tornando-os habituais, com isso permitindo ampliar os conhecimentos sobre as necessidades e as situações que estão vivenciando.

### **III.2. Perfil Sociodemográfico dos Clientes com Valva Mitral Mecânica, após a alta hospitalar**

O perfil sociodemográfico foi obtido através de instrumento elaborado para identificação dos sujeitos (gênero, faixa etária, estado civil, características quanto aos diagnósticos clínicos, procedência regional, nível de escolaridade e atividades laborais); distribuição dos participantes em três Grupos (G1, G2 e G3); criação de um codinome (representado por duas letras do alfabeto escolhidas pelos próprios clientes).

Verificou-se que o gênero predominante foi o feminino (62,5% n= 48), com faixa

etária (40% n= 30) entre 25 e 35 anos, e o estado civil, casado (33,33%, n=18) prevalecendo o gênero masculino entre 25 e 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade, o 1º grau incompleto (58,33%, n= 48), com maior procedência da região do Grande Rio (50% n= 48), sendo o diagnóstico de cardiopatia reumática (37,5% n= 48) mais identificado no Grupo nº 1 como etiologia da lesão da valva. A atividade laboral com vínculo informal foi destacada para o gênero masculino (44,44% n=18).

A predominância do Grupo nº 1 (37,5%) deve-se ao planejamento do tratamento cirúrgico, de acordo com o grau de risco e a evolução da lesão valvar. A tabela 1, a seguir, descreve as características da população estudada.

**Tabela 1- Distribuição dos Sujeitos da Pesquisa**

<b>SUJEITOS</b>	f	%
Clientes do grupo nº 1 (Ambulatório)	18	37,5
Clientes do grupo nº 2 (Unidade de Cardiologia de Pré operatório)	16	33,33
Clientes do grupo nº 3 (Centro Cardiológico Intensivo)	14	29,16
<b>Total</b>	n= 48	100

Pode-se observar que dentre os sujeitos do estudo, 18 (37,5%) eram clientes do Grupo nº 1; 16 (33,33%) do Grupo nº 2 e 14 (29,16%) do Grupo nº 3.

Os grupos foram denominados de acordo com o fluxo de entrada dos clientes no campo de pesquisa: os do **Grupo nº 1** eram oriundos do Ambulatório de Cardiologia, os do **Grupo nº 2**, da Unidade de Cirurgia Cardíaca, e os do **Grupo nº 3** do Centro de Assistência Cardiológica.

Ressalta-se que os clientes do 2º e do 3º grupos, devido às urgências, não passam



pelo ambulatório para a primeira fase de avaliação pré-operatória; ou seja, o 2º grupo hospitaliza na Unidade de Cirurgia Cardíaca, e o 3º grupo, no Centro de Assistência Cardiológica.

O objetivo foi alcançar o maior número de clientes que permanecessem no ambulatório de pré-operatório por mais tempo, por estarem estáveis e, à medida que aguardavam a cirurgia, conscientizavam-se através de orientações de cuidados de Enfermagem, pois necessitariam de mudanças na rotina diária devido à complexidade do procedimento cirúrgico a que seriam submetidos.

A hospitalização dos clientes em caráter de urgência diminuiu o quantitativo de leitos disponíveis nas unidades, pois, com a oferta destes leitos antes da cirurgia, a permanência dos clientes por um longo período contribuiu para aumentar o tempo de espera ambulatorial de outros clientes para que sejam submetidos à cirurgia cardíaca.

Os clientes do Grupo nº 1, representantes do ambulatório, eram 12 mulheres e 06 homens; os do Grupo nº 2, 10 mulheres e 06 homens; e os do Grupo nº 3, 08 mulheres e 06 homens.

A principal dificuldade encontrada em relação ao quantitativo de clientes dos Grupos nºs 2 e 3, é o fato de que permanecem hospitalizadas em média de 30 dias a 90 dias, diretamente nas Unidades, devido às suas condições; da evolução da doença e das complicações no pré e pós-operatório, a exemplo de problemas respiratórios, infecção do sítio cirúrgico, arritmias e hemorragias.

Arcêncio e Rodrigues (2008) enfatizam que após o procedimento cirúrgico, os clientes estão mais sujeitos a complicações respiratórias: 65% desenvolvem atelectasias e 3% adquirem pneumonia.

Na cirurgia cardiotorácica, considerada de grande porte, inúmeras complicações podem ocorrer, entre elas as de causa respiratória, culminando na necessidade de

cuidados intensivos, bem como de suporte ventilatório por tempo prolongado. (ROMANINI et al., 2007).

Nos clientes submetidos à cirurgia com circulação extracorpórea (CEC), particularmente, podem ocorrer reações inflamatórias desencadeadas por este procedimento, que acarretam deterioração da função pulmonar no pós-operatório, sendo estas complicações responsáveis pelo prolongamento do tempo de internação, com aumento dos custos hospitalares, além de importantes causas de morbidade e mortalidade (Op. cit., 2007).

As alterações respiratórias no pós-operatório podem estar relacionadas às funções pulmonares e cardíacas prévias, ao uso de CEC, ao grau de sedação, à intensidade da manipulação cirúrgica e ao número de drenos pleurais, sendo os fatores intra-operatórios os principais responsáveis por alterar a mecânica respiratória no pós-operatório imediato (AMBROZIN; CATANEO, 2005).

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (Centro para Controle e Prevenção de Doenças - CDC) dos Estados Unidos, o diagnóstico epidemiológico da infecção do sítio cirúrgico (ISC) é feito observando-se os seguintes critérios: o surgimento da infecção deve acontecer em até 30 dias após o procedimento ou, em casos de implantes de próteses, em até 01 ano. Pode ser classificada quanto à topografia em: infecção incisional superficial, quando envolve apenas pele e tecido subcutâneo do local da incisão cirúrgica; infecção incisional profunda, quando acomete obrigatoriamente tecidos moles profundos (fáscia e camadas musculares) e infecção órgão/espaco específica, se a infecção puder ser relacionada à operação ou envolver qualquer parte da anatomia, aberta ou manipulada durante a cirurgia, mas não necessariamente a incisão cirúrgica (MANGRAM et al., 1999).

Nos clientes cirúrgicos, a ISC é a infecção hospitalar mais comum, sendo que

dois terços dos casos relacionam-se à incisão, e um terço envolve órgãos e espaços abordados durante o procedimento. Quando os clientes cirúrgicos com ISC morrem, 77% destas mortes estão relacionadas à infecção e a maioria (93%) envolve órgãos e espaços manipulados na cirurgia. Pode-se concluir que a ISC não está apenas associada ao maior período de estada e aumento dos custos, mas também ao aumento da mortalidade nesses grupos de clientes (POVEDA; GALVÃO, 2005).

Entretanto, ao obterem a alta hospitalar, após um maior tempo de hospitalização estes clientes necessitam retornar regularmente ao ambulatório para os cuidados com a ferida cirúrgica. Então, expressam inseguranças não só quanto à evolução da cicatrização mas, em especial, em relação à dieta, medicações e dúvidas quanto aos cuidados de forma geral, sentimentos estes que podem estar relacionados com o tempo de hospitalização, quando estavam dependentes destes cuidados.

Os grupos de clientes evoluíram com alterações do ritmo cardíaco após a cirurgia. Estas alterações são decorrentes da manipulação cirúrgica do coração e suturas que estão em íntima relação com o trajeto do sistema de condução, além do acometimento do anel aórtico. Porém, esses achados, embora de relevância clínica, estão relacionados e descritos com maior frequência no pós-operatório de troca de valva aórtica, principalmente na presença de endocardite, sendo que em grande parte dos casos pode ocorrer reversão espontânea para o ritmo de pré-operatório. Esta reversão geralmente ocorre após melhora do processo inflamatório local e diminuição do edema (FEGURI, 2008).

Também foi registrada a incidência de arritmias supraventriculares e ventriculares no centro cirúrgico, por tipos de próteses; nestes casos, foram definidas como significantes as que geraram instabilidade hemodinâmica, necessidade do uso de drogas antiarrítmicas e procedimentos de cardioversão e/ou desfibrilação após a retirada das

cânulas da circulação extracorpórea (Op. cit, 2008).

O risco de sangramento aumenta com a idade, com a área de superfície corpórea, reoperação, enxertos bilaterais de artéria torácica interna e uso de heparina, aspirina e drogas trombolíticas no período pré-operatório. A reoperação por sangramento acontece em 2 a 5% dos clientes. O sangramento e as complicações relacionadas à hemotransfusão continuam sendo um dos grandes fatores de morbidade e mortalidade em cirurgia cardíaca, sendo que o conhecimento dos fatores de risco dessa complicação é essencial para a aplicação de medidas de tratamento e prevenção (MORROW; BRAUNWALD et al., 2005).

**Tabela 2 – Distribuição dos Clientes quanto ao Gênero e Faixa Etária**

SEXO IDADE (ANOS)	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
25 -30	06	33,33	12	40	18	37,50
30 - 35	03	16,66	08	26,66	11	22,91
35 - 40	04	22,22	06	20	10	20,83
40 - 45	02	11,11	02	6,66	04	8,33
45 - 50	02	11,11	01	3,33	03	6,25
50 -55	01	5,55	01	3,33	02	4,16
<b>Total</b>	N=18	99,98	N=30	99,98	N=48	100

O destaque é o gênero feminino (40% n= 30). Nas Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática (2009), o fator gênero não é determinante para predisposição à doença cardíaca reumática; o acometimento preferencial ocorre em indivíduos na faixa etária de 5 a 18 anos. A incidência varia conforme os países, e dentro do mesmo país, varia de acordo com as diferentes regiões, oscilando basicamente em função da idade do indivíduo, das condições socioeconômicas, dos fatores ambientais e da qualidade dos serviços de saúde.

Por outro lado, na faixa etária de 25 e 30 anos ocorreu maior incidência de substituição de valva mitral mecânica. Nestes casos, foram seguidos os princípios de medicina baseada em evidências, conforme Pomerantzeff et al. (2004) com avaliação diagnóstica e terapêutica das lesões das valvas cardíacas. A propósito, as Diretrizes de Cirurgias nas Valvopatias (2004) preconizam que são considerados jovens os indivíduos com idade inferior a 35 anos, por isso não tiveram indicação para avaliação hemodinâmica complementar. Não foram detectados fatores de riscos coronarianos, história da doença arterial cardíaca ou evidência de isquemia, mas foram encontrados jovens com estenose mitral de etiologia reumática, corroborando as normas descritas pelos autores já referidos.

Ainda de acordo com estas Diretrizes, no caso do gênero masculino e feminino, com 35 anos ou mais, houve recomendação para a realização de angiocoronariografia porque ambos têm fatores de risco coronariano, principalmente mulheres com idade de pré-menopausa.

Cerca de quatro clientes pertencentes aos Grupos n<sup>os</sup> 02 e 03 submeteram-se à cirurgia da valva em caráter de urgência por causa de insuficiência cardíaca aguda, doença da raiz da aorta e endocardite infecciosa, mas não tiveram fatores de risco coronariano ou angina, ou evidência objetiva de isquemia, embolia coronariana, disfunção sistólica do ventrículo (POMERANTZEFF et al., 2004).

Desta forma, quanto aos grupos de clientes que apresentaram faixa etária inferior a 30 anos, a correção da valva foi por lesão congênita, confirmando as Diretrizes no sentido de que a valvopatia congênita ocorre nesta faixa etária. Neste contexto, de 30 a 55 anos de idade predomina a valvopatia reumática, porque a doença reumática acomete com maior frequência a valva mitral (Op. cit. 2004, p.13).

Segue-se a Tabela 3 com a distribuição dos participantes quanto ao gênero, faixa

etária e estado civil.

**Tabela 3 – Distribuição dos Clientes quanto ao Gênero, Faixa Etária e Estado Civil**

SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
IDADE (ANOS)						
25-30	06 (C)	33,33	02 (S)	6,66	08	16,66
30 - 35	02 (C)	11,11	04 (C)	13,33	06	12,50
35 - 40	04 (C)	22,22	04 (C)	13,33	08	16,66
40 - 45	02 (C)	11,11	06 (C)	20,0	08	16,66
45 - 50	02 (C)	11,11	06 (C)	20,0	08	16,66
50 -55	02 (C)	11,11	08 (C)	26,66	10	20,83
TOTAL	18	99,98	30	99,98	30	100%

Legenda: C = casado; S = solteiro

É evidente que no gênero masculino a faixa etária é diferenciada (25 a 30 anos) com maior incidência (33,33% n=18) no estado civil casado; já no feminino, a incidência maior é na faixa etária entre 25 e 30 anos (6,66 n= 30) e menor no estado civil: solteira.

Nesta faixa etária, a maioria das mulheres aguarda a cirurgia para constituição de família, devido à evolução da lesão da valva e opções do tipo de valva a ser utilizada (biológica ou mecânica). Também pode haver associação entre o processo de adoecimento e a evolução da doença, pois, mesmo sem querer, as famílias protegem-nas excessivamente, em decorrência da suscetibilidade inerente às doenças crônicas, com dependências emocional, física, social e econômica mais abrangente, contribuindo para retardar decisões como a saída da casa dos pais, visto que a luta pela manutenção das condições de saúde foi sempre uma prioridade da família, e um eventual casamento romperia com este mundo construído pela doença e cuidados dela decorrentes.

Estas justificativas desenharam-se durante as entrevistas, e encontram apoio em Sztajn bok e Serra (2001) quando reafirmam que há dificuldades em se relacionar fora do eixo familiar e sair para construir o próprio lar, porque são clientes que necessitam da assistência de uma equipe de saúde multidisciplinar desde o acometimento da doença.

Como explica Zagonel (1999), o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano. Esta perspectiva aponta para a ênfase na compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas durante a vida.

Este movimento significa mudança, processo, resultado, direção dos padrões vitais fundamentais do ser humano. Esta mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição, e podem estar ligada aos estágios da idade, aos eventos inesperados, às experiências da doença, às carreiras profissionais, todas com íntima relação com o ambiente (Op. cit. 2004). Considerando estes aspectos é que surge o cuidado de Enfermagem voltado a uma maior sensibilização, conscientização e humanização, com a finalidade de facilitar uma transição saudável.

**Tabela 4 - Características dos Clientes segundo os Diagnósticos Clínicos**

<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Cardiopatia reumática	18	37,5
Estenose e insuficiência mitral	10	20,83
Insuficiência mitral	08	16,66
Estenose mitral	12	25
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

A valvopatia reumática, com destaque para o acometimento da valva mitral, permanece como a doença cardíaca mais comumente adquirida em todo o mundo e a

principal causa de morte cardiovascular durante as primeiras cinco décadas de vida, nos países desenvolvidos (KUBO; COLOMBO, 2001).

Os clientes com cardiopatia reumática predominaram (37,5% n=48), sendo esta a seqüela mais importante da febre reumática que se inicia na infância. A doença cardíaca de origem reumática refere-se, genericamente, às alterações funcionais e estruturais das válvulas cardíacas e miocárdio destes clientes acometidos por febre reumática, sendo que as lesões cardíacas são as únicas causa de morte ou de seqüelas permanentes, medindo-se a severidade da doença pela extensão do comprometimento cardíaco e freqüência dos surtos recorrentes (Op. cit., 2001).

As valvopatias, do ponto de vista clínico de Grinberg (2007), sucedem-se: sintoma não, sintoma sim; capacidade funcional classe I/II, capacidade funcional classe III/IV; exame complementares, farmacoterapia, intercorrência, prognóstico e intervenção valvar .

É discutível se as alterações anatômicas da valva mitral podem ser decorrentes tanto de um processo reumático contínuo sobre a valva, quanto de alterações induzidas por trauma hemodinâmico após um surto inicial. Provavelmente, ambos os mecanismos devem estar envolvidos no processo natural da doença, o que determinaria a necessidade de intervenção cirúrgica, independente do sexo (GRINBERG, 2002).

Na lesão mitral mista (estenose e insuficiência mitral), a Tabela acima evidenciou (20,83% n= 48) que clientes com doença reumática valvar mitral têm importante componente de estenose e insuficiência, fato que, de acordo com Tanaka e Kalil (2000) e OMS (2004), deve-se à fusão da comissura, podendo uma das lesões ser predominante. O tratamento deve respeitar os riscos de fibrilação atrial e tromboembolismo, pela estenose mitral (EM), e a sobrecarga do ventrículo esquerdo, pela insuficiência mitral (IMi).



Foram encontrados clientes (16,66 % n=48) com insuficiência mitral resultante de espessamento dos folhetos valvares, da redução da motilidade do folheto posterior e da falha de coaptação, levando à regurgitação mitral com conseqüente aumento de átrio e ventrículo esquerdos, por sobrecarga volumétrica. A severidade da lesão é variável (ALVES, 2007).

Também como destaque os clientes acometidos da valvopatia (25% n=48). A causa predominante de estenose mitral é a doença reumática do coração, sendo que 99% das valvas mitrais estenóticas substituídas cirurgicamente tem comprometimento reumático, e 2/3 dos clientes com EM são do sexo feminino. Dentre os clientes com doença reumática, 25% são acometidos por estenose mitral pura e 40% possuem estenose associada à regurgitação mitral (MANO, 2006).

A história natural da estenose mitral (EM) varia de acordo com a área geográfica. Nos Estados Unidos, por exemplo, é mais comum a doença insidiosa e lentamente progressiva, com um período de latência de 20 a 40 anos entre a infecção inicial e os sintomas clínicos. Nos países em desenvolvimento, a EM evolui muito mais rápido, talvez por sua maior severidade, infecções estreptocócicas de repetição, influências genéticas e condições econômicas, podendo conduzir a sintomas no final da adolescência e início dos 20 anos. A mortalidade de clientes com EM não tratados é atribuída à falência cardíaca progressiva em 60% dos clientes; ocorre embolia sistêmica, em 20 a 30%, embolismo pulmonar em 10% e infecção em 1 a 5% (OMS, 2004).

O início dos sintomas em clientes com estenose leve a moderada pode ser precipitado por exercícios, estresse, febre, gravidez e fibrilação atrial. Fadiga e intolerância aos esforços são proeminentes. A EM severa é definida usualmente como área de valva mitral menor ou igual a 1cm<sup>2</sup> (GUIMARÃES, 2004).

Segue-se a Tabela 5, que mostra a procedência regional dos sujeitos do estudo.

**Tabela 5 -Distribuição dos Clientes conforme a Procedência Regional**

<b>PROCEDÊNCIA REGIONAL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Região do Grande Rio	24	50,0
Cidade do Rio de Janeiro	18	37,50
Região dos Grandes Lagos	04	8,33
Região Serrana	02	4,16
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Quanto aos clientes provenientes da Região do Grande Rio (50% n= 48), há maior prevalência porque são encaminhados dos hospitais da rede do SUS para realizarem cirurgia cardíaca, e escolhem esta instituição não só porque é referencial na rede pública pelos 63 anos de história que permanece viva, mas principalmente pela comprovada capacidade dos profissionais que nele atuam. Também a localização e o acesso são favoráveis ao destino para outras cidades adjacentes.

Os índices menores registrados foram das Regiões dos Grandes Lagos e Serrana que, por serem afastadas, exigem altos custos financeiros para alimentação e transporte devido aos freqüentes retornos para a continuidade do tratamento, como seguimento da assistência que exige coleta de sangue para exames, principalmente para controle da anticoagulação oral e exames diagnósticos.

As questões sociais têm importante papel na determinação das doenças, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2009), revelando que pessoas menos favorecidas socioeconomicamente apresentam precárias condições de saúde, expressando altos coeficientes de morbimortalidade para as doenças cardiovasculares.

A variável que determina o padrão socioeconômico está ligada ao conceito de *status* social e se aplica ao processo saúde-doença de um indivíduo ou coletividade

(ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2009), portanto, a valva a ser implantada continua sendo uma questão difícil em termos de manutenção, pois quaisquer novos gastos aumentam a carência financeira da família.

A Tabela 6, a seguir, enfoca a escolaridade dos sujeitos do estudo.

**Tabela 6- Distribuição dos Clientes de acordo com a Escolaridade**

<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1º grau completo	04	8,33
2º grau completo	02	4,16
1º grau incompleto	28	58,33
2º grau incompleto	14	29,16
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

A educação é um processo mediante o qual as pessoas adquirem a capacidade de redefinir constantemente a qualificação necessária para uma determinada tarefa e, ainda, quem possui educação, no contexto organizativo adequado, pode reprogramar-se para as tarefas do processo produtivo, em mutação constante. Neste sentido, corroborando esse ponto de vista, Almeida e Elias (2009) opinam que essas demonstrações de insatisfação ficam mais evidentes nos clientes, provavelmente por apresentarem menor grau de escolaridade, o 1º grau incompleto (58,33% n=48), que justifica o fato de os clientes tornarem-se limitados fisicamente devido à evolução da doença, levando à interrupção dos estudos, mesmo com a realidade de que a educação induz a uma exigência maior por qualidade de vida e salário.

A ênfase na promoção da empregabilidade por meio da expansão de oportunidades de acesso à educação e formação, assenta-se no pressuposto de que o desemprego encontra-se associado a um déficit de qualificação que, sendo confrontado

e resolvido, reflete-se na anulação ou diminuição desse mesmo desemprego (ALMEIDA et al., 2009).

Os clientes necessitam de orientações, apoio e participação da escola e dos professores para contornar dificuldades. Neste sentido, os que possuem o 2º grau incompleto (29,16% n=48) mostra que há iniciativas da escolarização, mas também, o desequilíbrio da saúde gera absenteísmo escolar, quer pela doença e/ou internações frequentes. Complementam Sztajnbok et al. (2001) que, além de flexibilidade à adoção de certas adaptações que se façam necessárias, por conta das limitações físicas, haja preparo adequado do adolescente, a médio e longo prazos, a fim de que sua transição para a vida adulta, com responsabilidades e independência, seja realizada com sucesso.

Segue-se a Tabela 7, que se refere às atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo do sexo feminino.

**Tabela 7-Distribuição dos Clientes do Sexo Feminino quanto às Atividades Laborais**

<b>ATIVIDADES LABORAIS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Trabalho informal	10	33,33
Estudante	04	13,33
Do lar	12	40
Costureira	02	6,67
Digitadora	02	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

A maioria das clientes submetidas à cirurgia era “do lar” (40% n=30) e complementavam suas atividades com trabalhos manuais, dados que confirmam a pesquisa de Dutra e Coelho (2005) de que, em geral, todas buscaram realizar alguma

atividade que possam desenvolver em casa (costura em tecido, tricotagem; confeitagem de bolos e doces, confecção de sabonetes e velas artesanais, culinária em pães, massas, salgados; confecção de produtos artesanais de limpeza doméstica, venda de produtos de beleza ou de roupas) como forma de auferir ganhos para complementar a renda familiar, evitando o desgaste físico e emocional do trabalho externo, com isso comprovando “mudanças nos comportamentos e hábitos diários [...] atribuídos à experiência cirúrgica que causam estresse”, como mencionado por Dantas e Aguillar (2001, p.5).

Quanto às atividades laborais, destaca-se o trabalho informal (33,33% n=30). Almeida e Elias (2009) opinam que os trabalhadores excluídos da economia formal são forçados a ganhar a vida em ocupações precárias ou, após muito tempo sem trabalho, são atingidos pela exclusão, numa escala descendente entre inclusão, inclusão precária e exclusão. Deste modo, pode-se afirmar que a exclusão do trabalho é mais ampla e suas vítimas estão, provavelmente, fora da maioria das outras redes sociais e inseridas numa trajetória de vulnerabilidade.

As clientes costureiras reduziram suas atividades em decorrência das condições de saúde, aceitando somente pequenos reparos de roupas. Com o avanço da informatização nas diversas atividades laborais, a digitação de trabalhos escolares passou a ser também uma forma de exercer atividades remuneradas no próprio lar.

A Tabela 8, apresentada a seguir, refere-se às atividades desenvolvidas pelos sujeitos do estudo do sexo masculino.

**Tabela 8 - Distribuição dos Clientes do Sexo Masculino quanto às Atividades Laborais**

<b>ATIVIDADES LABORAIS</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Trabalho informal	08	44,44
Estudante	02	11,11
Porteiro	04	22,22
Padeiro	04	22,22
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Dentre as atividades laborais, destaque foi dado àquelas de caráter informal (44,44% n=18), comprovando os resultados de estudos destacados a seguir, de que a saúde é influenciada pela posição socioeconômica e esta relação se opera por diversos caminhos, seja por meio de comportamentos, efeitos biológicos, fatores psicossociais, seja por recursos diferenciais para tratamento, prevenção e promoção da saúde.

Giatti e Barreto (2006) confirmam que o desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a exclusão do mercado de trabalho, estiveram associados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros. Às diferenças determinadas pelo trabalho somam-se as desigualdades de gênero, idade e escolaridade, dentre outras, cabendo ressaltar que as desigualdades produzidas na estrutura social refletem-se no processo de adoecimento.

Portanto, ao considerar não só o trabalho, assim como a inserção diferenciada, o desemprego e a exclusão do mercado de trabalho para investigar iniquidade em saúde, percebe-se um importante aspecto das desigualdades pouco abordado nos estudos de saúde no Brasil (Op. cit., 2006).

As preocupações dos clientes em relação a certas atividades laborais, fundamentam-se no fato de que no cotidiano sempre causam problemas devido aos esforços físicos, à permanência por longo período em uma mesma posição e pela

exposição a locais insalubres.

Em relação à ocupação de porteiros, em geral, estes fazem também serviços gerais como forma de aumentar a renda mensal, desenvolvendo atividades no próprio local de trabalho como ajudante de pedreiros, eletricitas, pintores, carregadores de mobílias, limpezas gerais e outras que exigem esforços físicos. Um deles necessitou de licença médica, porque após suas horas normais de trabalho, ainda fazia a limpeza das escadas e das janelas do edifício, tarefas que exigiram esforços redobrados, resultando no surgimento de dores fortes na fixação do osso da região esternal. Em decorrência, foi submetido a exames para a avaliação da fixação do esterno.

Dentre os trabalhadores informais, dois clientes apresentaram problemas de saúde em decorrência da necessidade de afastamento das suas atividades laborais devido à cirurgia, mas acabaram aceitando outras, que se mostraram prejudiciais à recuperação da cicatrização da ferida cirúrgica. Um padeiro teve problemas no sítio cirúrgico: apresentou edema em toda área adjacente à cicatriz, evoluindo para um abscesso e endurecimento no terço superior, necessitando drenagem e hospitalização por 07 dias para procedimento cirúrgico e antibioticoterapia.

Assim, de acordo com Oliveira e Ciosak (2004), cabe reforçar a importância do seguimento do cliente para a detecção de ISC adicionais que podem vir a se manifestar após a alta hospitalar.

## **CAPÍTULO IV**

### **MANEIRAS DE AGENDAR AS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA VIDA COTIDIANA DOS CLIENTES E AS CATEGORIAS EMPÍRICAS**

Neste Capítulo tem-se a caracterização das maneiras de agendar as orientações de Enfermagem a serem realizadas pelos clientes; em seguida, a elaboração das Categorias Empíricas, a interpretação e a discussão de cada uma; a identificação dos elementos e seus constituintes; a seleção dos etnométodos; a verificação da frequência dos etnométodos e a classificação temática dos elementos.

Maneiras de agendar as orientações de Enfermagem é uma forma de abordagem que contribui para que os clientes percebam a importância de torná-las habituais, fazendo com que sejam capazes de superar eventuais dificuldades na realização de suas atividades diárias após a alta hospitalar.

Embora todos estejam devidamente orientados a respeito destes cuidados, podem ocorrer situações imprevisíveis que precisam ser superadas, obrigando os clientes a novos conhecimentos e aprendizados. Nesse sentido, Coelho (2006) ressalta que o cuidar envolve formas, estilos e definições que permitem maior visibilidade teórica e ensejam propostas de criação de novas maneiras de cuidar.

Em torno desta realidade, os clientes experimentam situações que os levam a identificar, analisar e discutir os problemas que surgem no ambiente em que vivem, buscando soluções para desconstruir hábitos e construir novas formas de desenvolver as respectivas atividades cotidianas.

A aquisição de novos conhecimentos e a construção de um cuidar para a rotina diária revela-se um processo difícil para quem vivenciou o adoecimento, a hospitalização, a cirurgia e o retorno ao domicílio após o implante da valva cardíaca. E como afirmam Marques e Ferraz (2004), nem sempre as palavras podem ilustrar uma



experiência cuja dimensão só pode ser percebida por aqueles que, em algum momento da vida, vivenciaram-na em sua plenitude; ou seja, nada supera a experiência dos fenômenos ou processos humanos.

A existência de uma doença, aguda ou crônica, requer da pessoa afetada mudanças no seu estilo de vida. As doenças crônicas geralmente levam à mudanças permanentes e podem surgir nas diversas faixas etárias, diferentemente das doenças agudas, que impõem um curso relativamente breve e podem ser curadas. Destarte, a doença crônica afeta toda a família, gerando momentos difíceis, com avanços e retrocessos nas relações (ANDERS; SOUZA, 2009).

Nas atividades cotidianas hospitalares, faz-se necessário reconhecer os fatores desencadeantes das condições "agudas" e "crônicas", que permitam indicar as estratégias adequadas para prestar atenção, quer nos momentos de dependência total, quer de independência.

Phipps (1995) afirma que a "doença aguda" produz sintomas e sinais pouco depois da exposição à causa, de curso rápido, a partir da qual há normalmente total recuperação ou um fim abrupto em morte; com referência à "doença crônica", esta produz sintomas e sinais num período variável de tempo, de curso prolongado, havendo apenas recuperação parcial. Portanto, as condições aguda e crônica são similares apenas no enfrentamento do problema de saúde e, dependendo da severidade do estado e dos resultados alcançados, serão sempre um desafio para clientes, famílias e sociedades (FREITAS; MENDES, 1999).

O reconhecimento pelos clientes dos sinais e sintomas, e o saber lidar com os cuidados, resultam de um aprendizado que faz com que desenvolvam maneiras de agendar o cuidado adequando-o à necessidade, com base em conhecimentos e atitudes que contribuem para que aceitem o tratamento e adaptem-se melhor à nova realidade.

O cliente tende a buscar o que seja viável de execução no seu cotidiano; procura harmonizar interações com o seu modo de viver. A partir daí, descobre que existem diferentes maneiras de solucionar os problemas que surgem, levando-o à prática de novos hábitos de cuidar.

É preciso considerar que a expectativa dos clientes é grande no retorno ao domicílio, após a hospitalização. Inicialmente, têm a sensação de que não vão executar corretamente os cuidados habituais; chegam a pensar que por mais que se empenhem, não conseguirão realizá-los; duvidam da própria capacidade de aprendizado, de agir diante do que consideram serem “tarefas obrigatórias”, conforme relatos a seguir:

*Fiquei marcada de manchas arroxeadas, não doeram, o anticoagulante foi interrompido. AM (Grupo nº1)*

*A extração do dente só foi possível quando tomei antibióticos. CH (Grupo nº2)*

*Tento seguir os cuidados como fui orientado, as medicações, inicio com o meu café da manhã, ando, descanso, tomo banho e observo se a cicatriz da cirurgia está normal, e os horários das medicações à tarde. EC (Grupo nº 2)*

*Quando tenho que ir ao laboratório para coleta de sangue de controle do anticoagulante, levanto muito cedo. Aguardo na fila para que seja colhido o sangue, espero o resultado, comparo o anterior com o atual, levo para o médico prescrever, a dosagem, que “estresse”, aprendo a dosagem fracionada... CZ (Grupo nº 3)*

Os conhecimentos evidenciados pelos clientes a respeito dos cuidados possibilitam a sua continuidade, mesmo com longo percurso de aprendizagem e adaptação para superar os problemas e, assim, seguir adiante na vida diária.

Negri (2004) explica que os sujeitos humanos constituem-se como tal por um longo percurso de aprendizagem e adaptação, que vai do ato ao pensamento, do gesto

à palavra e vice-versa. Isso significa algo sumamente importante: que a cognição é histórica, apresentando-se como um tear que, ao tecer a existência humana, vai explicando seu passado enquanto espécie, expondo em sua trama novos desafios, projetando o homem para o futuro.

Os novos desafios projetam o futuro, significam mudanças comportamentais em relação ao cuidado habitual para outro, elaborado como rotina diária por alguma necessidade ou circunstâncias, fazendo com que os clientes o experimentem porque tem necessidade de enfrentar novos problemas.

O termo mudança decorre de fatores relacionados ao desenvolvimento e à maturação, numa concepção de avaliação que leva em conta fatores psicométricos, mensuráveis, na qual predomina uma versão mais estática, visto que são previstas e determinadas pelas etapas do desenvolvimento. Neste caso, o indivíduo funciona de forma esperada e as mudanças são decorrentes de um determinado contexto biológico e genético (NEGRI, 2004).

Mesmo que se atrapalhem com o desenvolver das atividades diárias, a vontade maior de sentir bem estar no contexto de recuperação da saúde, faz com que nesta etapa do tratamento, os clientes experimentem as diversas maneiras de cuidar até que se acostumem e consigam incorporá-las rotineiramente à sua vida, sem sofrimento ou desconforto físico.

Esta iniciativa decorre do fato de que eles começam a viver uma nova realidade, passando a experimentar dificuldades e limitações, reconhecendo mudanças que ainda não sabem como torná-las habituais. Mesmo assim, vão além do que é de costume, seguem o novo com dúvidas e expectativas porque o aprendizado demanda tempo, porque reconhecem que as orientações de Enfermagem são coerentes e necessitam de entendimento para que surtam efeito, justificando sua razão de ser.

Rosa (2002) enfatiza que toda mudança é difícil; mudar hábitos e costumes, estilo de vida e de valores é tarefa difícil porque exige um investimento de energia física, mental e emocional em proporções que, muitas vezes, parecem exceder nossas possibilidades. Acrescenta a autora (Op.cit.) que, em associação, surge um movimento de resistência, uma força contrária que tenta aplacar o sofrimento que toda mudança acarreta.

O investimento de energia emocional é uma forma de vencer a insegurança, o medo do desconhecido. O novo representa, quase sempre, uma ameaça à ordem, ao estabelecido, ao já absorvido e acomodado desde a sua existência. Por isso, o novo é recebido com reservas. De fato, cada cliente indaga: “por que mudar? por que não fazer os cuidados habituais que já estavam organizados?”, embora saibam que precisam mudar por causa das necessidades advindas do tratamento e, em consequência, que os novos cuidados são inevitáveis para a recuperação da saúde.

Como foi dito, os cuidados diários dos clientes e os modos de cuidar após a hospitalização, exigem aprendizado para o desenvolvimento da prática habitual, de acordo com o contexto de vida de cada um. Nesta realidade, busquei estabelecer uma relação com cada cliente sobre este novo momento da vida, considerando os problemas de saúde apresentados, identificando o que de fato se constitui como problema e pode ser modificado, estabelecendo relações com o seu ambiente e enfatizando os novos conhecimentos a serem incorporados na vida diária.

O modelo de cuidado-restauração transpessoal de Watson (2003) descreve premissas básicas que visam facilitar e promover a reconstituição do ser cuidado, sendo necessário entender o cuidar como um fim em si mesmo, e não como meio para a cura médica. Recompôr e reconstruir, a partir do cuidar em Enfermagem, refere-se a auxiliar a reconstituição da própria pessoa, as perdas, os sentimentos, suas dificuldades

existenciais, facilitando-lhe a aceitação de sua vida mediante uma relação de ajuda, confiança, cuidado, amor, imbuídos de um compromisso ético.

Um suporte terapêutico pode modificar a visão do cliente em relação às atividades de cuidados “metódicas”, podendo levar a respostas inesperadas diante de um conhecimento novo e do que se pode fazer a partir desta condição; é também um cuidar que reconstitui, respeita, estimula e facilita, transmitindo confiança e fazendo o cliente cuidar tendo como finalidade viver.

A valorização e o respeito ao saber do cliente sobre si e seu dia a dia, estimula a que o seu eu e o que vive no cotidiano tornem-se objeto de seu pensamento, da sua reflexão, fortalecendo o cuidado do seu eu e ampliando o autoconhecimento (BELLATO; MARUYAMA, 2006).

A aproximação relacional é um desafio; é o primeiro conhecimento em relação ao cliente e suas histórias pessoais, e sob o olhar das ciências humanas, Collière (1999) complementa que investigar para reparar as doenças deve ser como desbravar um caminho laborioso e difícil, na exploração dos domínios mais escuros da personalidade, do consciente e do inconsciente. Acrescento que não só para reparar as doenças, mas as necessidades vitais humanas, porque o cliente seleciona o que mais se aproxima da sua realidade com o modo de ser e de viver.

O cliente, para aprender a prática de cuidados, depende de conhecê-la em relação às suas necessidades; só então poderá ser estimulado a adotar novos hábitos de cuidar àqueles já incorporados à sua vida habitual. Novos conhecimentos são adquiridos, ampliados e melhor praticados quando o interesse pelo próprio corpo desperta, a partir da conscientização da realidade ora vivenciada. Nessa linha de raciocínio, segundo Freire (2006, p. 113),

basta ser homem para ser capaz de captar os dados da realidade. Para ser capaz de saber, ainda que seja este saber meramente opinativo. Daí que não haja ignorância absoluta, nem sabedoria absoluta. O homem, contudo, não capta o dado da realidade, o fenômeno, a situação problemática pura. Na captação, juntamente com o problema, com o fenômeno, capta também seus nexos causais. Apreende a causalidade. A compreensão resultante da captação tão mais crítica quanto seja feita a apreensão da causalidade autêntica [...] enquanto para a consciência crítica a própria causalidade autêntica está sempre submetida à sua análise - o que é autêntico hoje pode não ser amanhã - para a consciência ingênua, o que lhe parece causalidade autêntica já não é, uma vez que lhe atribui caráter estático, de algo já feito e estabelecido.

Esta conscientização é que permite ao cliente tornar-se capaz de colocar em prática, duvidar, criticar o fenômeno e suas repercussões, analisar os resultados e assim por diante, reconhecendo este movimento como algo que está sempre presente e, ainda, que a realidade é vinculada às causas.

Portanto, o respeito à autonomia do cliente quando este decide transformar a sua realidade, a reflexão, os saberes e o diálogo para as trocas de conhecimentos são indispensáveis para que ocorra o processo educativo. Freire (2005, p. 68) vai além e argumenta que a pedagogia utilizada para educação é “a ação que pode e deve ser muito mais que um processo de treinamento ou domesticação; um processo que nasce da observação e da reflexão e culmina na ação transformadora”. Neste sentido, o processo educativo é uma ação transformadora, a educação torna-se libertação, e nesta concepção, o conhecimento parte da realidade do homem e este o reconhece com seu caráter histórico e transformador.

A partir das observações e dos relatos de cada cliente sobre a sua realidade e repercussões no dia a dia, inicia-se um processo educativo a respeito, muito mais aos olhos do cliente porque é ele quem experimenta esta realidade cotidiana. Freire (2008, p. 68), argumenta: “se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe àquele dar, entregar, levar, transmitir o seu saber aos segundos. Saber que deixa de

ser de experiência feita para ser de experiência narrada ou transmitida”.

#### IV.1. As Categorias Empíricas

As Categorias Empíricas foram elaboradas a partir dos elementos comuns, pela observação e através de relatos dos grupos de clientes. Assim, foi possível caracterizar comportamentos, atitudes e sentimentos como expectativas, emoções, satisfações, desagrado, reflexões, questionamentos sobre as necessidades de saúde e as maneiras de agendar as orientações de Enfermagem na vida diária.

A observação participante, diário de campo, entrevistas e da Agenda de Cuidados e os elementos constituintes foram identificados, selecionados e enumerados, tornaram comuns sobre o cuidar e cuidados destes clientes, conforme quadro a seguir

**Quadro 2 - Demonstrativo dos Elementos Comuns do Cuidar e dos Cuidados dos Clientes durante as Observações, Diário de Campo, Entrevistas e Agenda de Cuidados**

Elementos Comuns	Frequência no Diário de campo	Frequência nas Observações	Frequência nas Entrevistas	Frequência na Agenda de Cuidados
Cuidar para viver/vital	110	110	112	112
Cuidados que contribuem para o conforto/ confortável	110	110	110	110
Cuidar para manter a saúde/ saudável	110	110	109	109
Cuidar com detalhes/ detalhado	100	110	98	98

O Quadro 3 mostra o total da frequência dos etnométodos:

**Quadro 3 - Etnométodos**

Etnométodos	Frequência / Total
✚ Viver/vital	✚ 444
✚ Bem estar/confortável	✚ 440
✚ Saúde/saudável	✚ 438
✚ Detalhes/ detalhado	✚ 406

Neste cenário, diferentes tipos de cuidar foram identificados, trazendo questões que remetem à visão dos clientes os dados da realidade, o fenômeno, a problemática, vinculando as causas e as atividades do cotidiano. Estes conhecimentos surgiram frente à realidade e experiências de cada cliente, fazendo emergir os quatro etnométodos que mais se destacaram, que foram recortados do diário de campo, das observações, das entrevistas e da Agenda de Cuidados, originando as Categorias Empíricas.

Os tipos de cuidar voltado para as vivências, reflexões, influenciados pela cultura, modo de viver, maneira de entender a situação culminam num processo educativo do cliente e da realidade.

Diante dos resultados dos números das frequências dos etnométodos, considero que os clientes lidam e priorizam os cuidados pela importância e os efeitos que proporcionam na vida diária.



## IV.2. Os Etnométricos

### 1- Cuidar para viver/ vital

Todos os seres vivos sempre precisaram de cuidados. Collière (1999) enfatiza que cuidar, tomar conta, é o primeiro ato de vida antes de tudo, e os cuidados são a garantia direta da continuidade da vida do grupo, da espécie. Os cuidados devem trazer satisfação e conforto, destarte, assegurando as funções vitais dos clientes que, por sua vez, necessitam de incentivos para realizá-los, já que envolvem aspectos cognitivos e emocionais a serem observados.

Os clientes buscam os cuidados que se adaptam às necessidades de saúde, e identificam as prioridades com informações de saúde, conforme registrado a seguir:

Os Grupos de clientes expressam verbalmente, expectativas em relação às atividades diárias, observações do corpo e a adesão ao tratamento, descrevem as condições da ferida cirúrgica, demonstram como procedem a limpeza e aplicação de antisséptico e como realizam os cuidados de acordo com necessidades.  
**(DC 09/04/2009)**

Pires (2009) ressalta que em termos genéricos, o cuidado tem o sentido de promover a vida, o potencial vital e o bem estar dos seres humanos na sua individualidade, complexidade e integralidade. Envolve um encontro interpessoal com objetivo terapêutico de conforto e cura, quando possível, e também de preparo para a morte, quando inevitável.

Portanto, na visão destes clientes, as orientações de Enfermagem são precisas, exatas, quando correspondem às necessidades que o corpo exige, e se particularizam com novas situações que se impõem na vida diária. Estes tipos de relatos foram enfatizados por representantes dos três grupos entrevistados, numa demonstração de necessidade de proteção à vida, como descrito a seguir:

*O cuidado assim é bom quando necessitamos fazer, em decorrência de uma infecção, pois pode tirar a vida, você tem que ser esperto para não deixar a doença chegar a vida é um fio, sei quais os problemas que acarretam, posso até ficar internado novamente, e aí, está sujeito a nova infecção, que coisa! O caso é ficar sempre em alerta, eu sei dos riscos.. daqui para frente .tenho que cuidar da minha família, comprar remédios que uso todos os dias... QUERO VIVER! TD (Grupo nº1)*

*Todos os dias observo meu corpo e presto atenção no que sinto, tenho receio que surja algum problema, sem que perceba no dia a dia.... EV (Grupo nº 2)*

*Os cuidados devem ser precisos para que sejam resolvidas as minhas necessidades mais urgentes possíveis! LH (Grupo nº 3)*

Hoga (2004) argumenta que estar ciente das características da pessoa a ser atendida aumenta a possibilidade do vínculo profissional/cliente, um aspecto essencial da assistência humanizada. A possibilidade do vínculo torna-se mais concreta se os profissionais tiverem meios adequados para conhecer sistematicamente seus clientes. Esta forma de ver e planejar a rotina de cuidar requer o abandono de posicionamentos hegemônicos por parte dos profissionais, e sua substituição pela consideração da realidade, perfil e bagagem de conhecimentos sobre práticas de cuidado e cura no processo saúde doença, na visão dos próprios clientes.

Entretanto, diante dos conhecimentos de pesquisadores e na visão dos clientes do estudo, as orientações de Enfermagem integram a essência humana, e como prioridade para viver englobam incentivos, vontade e comprometimento.

## **2- Cuidados que contribuem para o bem estar/ confortável**

Os cuidados que contribuem para o bem estar trazem conforto, e quando adaptados às necessidades, transmitem segurança. Estas necessidades concentram-se em detalhes muito específicos, sobretudo após a alta hospitalar; daí a busca de condições

que levem ao bem estar que, aos poucos, podem transformar a realidade na vida diária proporcionando uma vida longa e confortável, conforme relatos dos entrevistados:

*(...) a vida tem segredos que ainda não desvendei, mas aprendi que toda ela precisa de cuidados, sentir bem, porque dentre os maiores segredos é uma vida longa confortável, com lucidez. KD (Grupo nº 1)*

*Desde que operei procuro sentir seguro, por isso que faço os cuidados para sentir bem estar e confortado. EB (Grupo nº 2)*

*No dia a dia adapto minhas dificuldades, busco conforto e bem estar quero viver por muito tempo AS (Grupo nº 3)*

O cliente visa alcançar o bem estar e o conforto quando se propõe a mudar de hábitos:

*(...) Aprendi que só alcançaria o bem-estar e o conforto quando deixaria os hábitos que estava acostumado de um lado e concentrar nos cuidados que o corpo estava pedindo.... LM (Grupo nº 1)*

*Senti dificuldades para mudar de uma hora para outra, mas desde o momento que resolvi mudar comecei a ver resultados e sentir confortável AC (Grupo nº 2)*

*Mudar de vida para melhor alcançar o bem estar e conforto precisa de resultados imediatos com as mudanças AG (Grupo nº3)*

O bem estar é apontado como elemento comum nas definições de conforto, caracterizando a concepção subjetiva do conforto (DU GAS, 2009). O conforto, enquanto significado, é expresso com vários sentidos, relacionando-se com as condições materiais ou financeiras, o desfrutar das intenções pessoais, as sensações de bem estar psicológico, físico e espiritual, o funcionar normalmente, isto é, ter expectativas de recuperação, estar livre de doenças e poder desempenhar as atividades habituais.

Mussi et al. (1996) acrescentam que dada a multidimensionalidade e a conseqüente complexidade do conforto, este possivelmente não depende exclusivamente

da assistência de Enfermagem, visto que a pluralidade de indicadores encontrados sugere que o mesmo significado de conforto pode ser expresso ou descrito pelos clientes de formas variadas. Certo é que o bem estar só ocorre quando o cliente é capaz de atender suas necessidades de cuidado, com isso passando a sentir-se confortável:

*(...) Só dei conta do que é bem estar quando percebi que as minhas necessidades não correspondiam à capacidade de atendê-las. Foi uma luta incansável, no dia a dia para o atendimento dessas necessidades até me sentir confortável. MS (Grupo nº 1)*

*À medida que minhas necessidades eram atendidas sentia confortável e bem estar de sentir vivo... MY (Grupo nº 2)*

Rosa (2008) ressaltam que à medida que o conforto adquire significados diferentes para as pessoas, de acordo com as realidades experienciadas, há necessidade de se refletir acerca de suas diversas faces. A multidimensionalidade do conforto exige conhecimentos, como também os referenciais filosóficos do conforto e do cuidado de si, para que se possa perceber as necessidades do outro.

Portanto, viver com conforto não significa estar ou sentir-se confortável em todos os aspectos da vida ao mesmo tempo, mas sim, a capacidade de manter ou restaurar o bem estar subjetivo, dentro das possibilidades, no equilíbrio entre suas limitações e potencialidades.

### **3- Cuidar para manter a saúde/ saudável**

Não existe uma fórmula mágica para manter a saúde, apenas medidas que levam a uma vida saudável: assumir uma postura positiva diante do que é possível fazer, refletir sobre a nova realidade que vivencia e praticar cuidados que amenizem e ajudem a manter a saúde ao longo da vida. Todavia, é preciso reconhecer que a adaptação ao novo traz incerteza, insegurança e preocupação; é uma situação que necessita de adequação

dos hábitos, comportamentos e necessidades (DC 17/03/2009).

O conceito de incerteza na doença vem sofrendo alterações ao longo do tempo. No entanto, aceita-se hoje que seja um estado cognitivo no qual o indivíduo é incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados com a doença (APOSTOLO; VIVEIROS, 2007). Nesta perspectiva, e segundo observações da pesquisadora,

os clientes planejam, pensam, repensam, desistem, decidem, escolhem, adequam maneiras de aprender e apreender um novo conhecimento com motivação para estruturar vivências do cotidiano numa dinâmica de realizações (DC 24/03/2009).

O ser humano raramente atua com base num único motivo, sendo o seu comportamento impelido por motivações intrínsecas e extrínsecas. A primeira é responsável pela participação do indivíduo numa atividade pelo próprio prazer que esta lhe proporciona, e não por uma recompensa tangível que dela possa advir. No que concerne à motivação extrínseca, é através desta que o indivíduo participa numa atividade com vistas a uma recompensa tangível (FELDMAN, 2001).

Por outro lado, doente ou recuperando a saúde, o cliente sente quando lhe escapa a capacidade de realizar o cuidado de todos os dias, significando que não está dando conta dos problemas. Em outras palavras, o cotidiano não é mais o lugar comum, visto que já não conseguem solucionar os problemas do dia a dia.

Silva (2006, p. 4) acrescenta que “a saúde e a doença, requerem um grau de acolhimento e atenção maior; nesse caso, o conhecimento requerido permeia diversas áreas do saber”. Nesse sentido, e desde que disponham dos conhecimentos necessários, os clientes comprometem-se a realizar corretamente seus cuidados a fim de conservar a própria saúde, e justificam-se:

*(...) A vida é muito preciosa, por isso que é necessário ter saúde. Com esforço se aprende o que mantém a saúde, repetindo muitas vezes o que é certo. É assim que se começa despertar todos os dias para a vida, para a saúde, sentir forte, saudável e com qualidade de vida. JT (Grupo nº 1)*

*Comprometo com os cuidados todos os dias, a vida é uma só, por isso que quero viver... CP (Grupo nº2)*

*Conservo a minha saúde, aprendo todos os dias os cuidados, preciso de viver tudo que não vivi, porque sou comprometida com a vida... EG (Grupo nº3)*

Para Coelho e Almeida-Filho (2003), a noção do ser saudável é construída com base nos processos sociais e políticos da sociedade, em um jogo de forças internas. Assim, a saúde deveria ser considerada no bojo da complexidade de organização dos processos vitais, pois ser saudável ou ter saúde seria sempre ter menos posse do estado de normalidade e mais experiências dinâmicas na existência, que oscilam entre desordem (enfermidade) e ordem (saúde), e vão do sofrimento ao prazer, da capacidade de manter uma identidade no crescimento pessoal:

*(...) conservar a saúde é uma maneira de cuidado, sempre fiz tudo certo para ter saúde, quando operei fiquei debilitado, mas não desanimei, fiz planos e levei a sério a idéia de me tornar uma pessoa saudável. MQ (Grupo nº1)*

A saúde constitui-se, portanto, em um estado dinâmico que pode depender de fatores sociais, econômicos, políticos, históricos, culturais, genéticos, psíquicos e do estilo de vida. Não implica o completo bem-estar, a normalidade total, a ausência de anormalidade, uma vez que essa concepção se distancia da realidade concreta. A saúde implica sofrimento moderado, com predomínio de sentimentos de bem-estar, é um ideal desejado, mas também uma realidade concreta (COELHO; ALMEIDA, 2003).

Dentre outros sentimentos expressados em relação à saúde, o cliente afirma que ser feliz é ser saudável, ter esperanças, fé em Deus e acreditar diariamente nessa condição. De acordo com Fleck e Borges (2003), a religiosidade e a espiritualidade sempre foram consideradas importantes aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes. Para muitas, a religião e as crenças pessoais e espirituais são fontes de conforto, bem-estar, segurança, senso de pertencer, ideal e força, o que foi observado a partir das narrativas dos participantes do estudo.

*(...) Nunca vi uma pessoa sem saúde feliz, em primeiro lugar gostaria de confessar que tenho esperanças e muita fé em Deus que vou me tornar saudável, vou buscar essa condição todos os dias.*  
OL (Grupo nº 1)

*Se não fosse a minha fé, não conseguia fazer os cuidados, porque ainda sinto dores...* FL (Grupo nº 2)

*A minha religião me fez aumentar a fé , as esperanças e forças para enfrentar a vida ...* PD (Grupo nº 3)

A espiritualidade engloba aqueles aspectos da vida associados aos princípios morais e éticos, celebrações de eventos importantes na vida (por ex. aniversários, Natal, Ano Novo) e experiências transcendentais. Sentimentos de paz, conforto e esperança no futuro, que geralmente acompanham a experiência positiva da espiritualidade, podem ou não estar associados à prática formal de uma religião ou tradição religiosa. Infere-se, portanto, que a espiritualidade é fortemente influenciada pela sociedade na qual o indivíduo vive (RENEWICK, 2004). Os clientes demonstram interesse quando estão motivados, seja pela fé ou por acreditar numa força maior, imaginam que as mudanças podem se concretizar no futuro. A propósito, seguem-se recortes de depoimentos:

*(...) Todos os dias procuro aprimorar minhas condições físicas com ajuda de Deus, me cuidando, a vida só tem valor com saúde e, mantê-la é uma realidade que assumo diariamente. PH (Grupo nº 1)*

*Renovo minhas esperanças, sei que amanhã será bem melhor, pratico meus cuidados diários com muita fé. AD (Grupo nº 2)*

*Acredito que no futuro estarei completamente mudada, porque os cuidados me trazem conforto e sentimentos positivos em relação a viver melhor. MA (Grupo nº 3)*

#### **4- Cuidar com detalhes / detalhado**

O grupo de clientes sente-se diante de situações novas; além disso, necessita de cuidados específicos, desconhecidos, detalhados. É uma questão de se educar para lidar com a saúde durante algum período. Ao conhecer estes cuidados, sentem-se capazes de trazer para si o que é prioritário para atender suas necessidades diárias, de acordo com seus pontos de vista.

Cavalcanti (2007) comprovou, partindo da etnometodologia, que a Enfermagem apresenta-se no cotidiano de forma interpessoal, detalhista, particular e específica. Concordo com a autora porque os cuidados de Enfermagem para os clientes apresentam-se detalhados, particularizados e específicos, exigindo aprendizados e conhecimentos científicos para fundamentar multifacetadas.

As atividades de Educação e Saúde no espaço hospitalar ensinam os clientes como tratar os fatores relativos aos estilos de vida, cuidar de si mesmo e lidar com os assuntos de saúde, antes de se tornarem problemas crônicos. É o compromisso social traduzido em uma maneira de cuidar em Enfermagem (COELHO, 2006).

O cliente precisa de detalhes para conhecer e desenvolver os cuidados com autonomia. Sadala e Stefanelli (1996) complementa que na autonomia/mutualidade da



assistência de Enfermagem; a ênfase está no pressuposto de que o cliente é um ser humano único, com suas peculiaridades e potencialidades de crescimento através de um relacionamento de ajuda. Neste sentido, a relação de interdependência se propõe para todo e qualquer cliente, qualquer que seja a sua patologia, condição sociocultural ou física e idade, considerando-se sempre o nível de consciência e capacidade de cada um na situação particular vivenciada no momento, como referido nas falas que se seguem:

*(...) Senti que por mais que conhecia os cuidados que desenvolvia diariamente, precisava entender detalhadamente, o que estava muito próximo e me incomodava ou me dava limites nas atividades por causa da cirurgia. CP (Grupo nº 1)*

*Depois que fui esclarecido sobre os cuidados aceitei as limitações, aos poucos senti capaz para entender o jeito de cuidar. RS (Grupo nº 2)*

*Os cuidados precisam ser detalhados, permitindo o meu conhecimento aprimorado vivenciando os problemas com mais aceitação no dia a dia... IA (Grupo nº 3)*

O cuidado detalhado pode trazer conforto para alguns clientes, mas não para outros. É como o cuidado individualizado, visando resgatar os aspectos que se encontram encoberto pela hospitalização (COELHO, 2006; 2007). É uma ação que resulta da interação freqüente com o cliente, respeitando seu direito de questionar este cuidado e opinar em relação ao mesmo:

*(...) Entre os cuidados o que mais me confortava quando desenvolvia, são os que não estava acostumada habitualmente, as atividades detalhadas, tem maneiras de aprender e fazer, é um cuidado particularizado. LS (Grupo nº 1)*

*Os cuidados particularizados ofereceram conforto, tem modos diferentes de fazer, mas demorei um tempo para entendê-los. RF (Grupo nº 2)*

*Comparei os cuidados que tive na internação, achei-os difíceis de desenvolvê-los no dia a dia, posso garantir que sinto muito confortado quando sei diferenciar o que é normal ou que merece mais atenção, falar e detalhar os cuidados... CR (Grupo nº 3)*

Os princípios e os detalhes do cuidado são fundamentais e tornam o cliente capaz de desenvolvê-los:

*(...) Quando percebi que os cuidados detalhados passam a ser fundamentais e tornamos capazes de utilizar perfeitamente seus princípios e seus detalhes de maneira particular e habitualmente na vida. KP (Grupo nº 1)*

*O conhecimento teórico e da prática é o que motiva diariamente, desenvolver os cuidados detalhados... EC (Grupo nº 2)*

*Gosto de conhecer com detalhes e fazer os cuidados diariamente, de acordo com as necessidades...IC (Grupo nº 3)*

Cavalcanti (2007) define que cuidar em Enfermagem de Cirurgia Cardíaca é aplicar conhecimentos científicos no dia a dia, associados à emoção e sensibilidade para executar estes cuidados, que se apresentam com maneiras particulares e específicas que se interrelacionam a todo o momento, misturando subjetividade com objetividade e inventando, a cada ocasião, uma nova fórmula de saberes e fazeres, rica em ingredientes, que tem como matéria prima o ser humano.

Os cuidados são detalhados no cotidiano porque são diferentes daqueles que os clientes antes desenvolviam, de acordo com suas necessidades. Estes clientes já não sentem espontaneidade para o desenvolvimento das atividades diárias, os hábitos

aos poucos se modificam, reafirmando a idéia de cuidados diferenciados e com isso, o corpo é informado pelo cérebro que algo mudou e o cuidado deve ser de acordo com a situação estabelecida.

Cuidar implica em várias atividades técnicas e informativas ao cliente e a família, implementação das ações de Enfermagem para o atendimento a todas as necessidades deste e seus familiares

Os clientes necessitam de entendimentos para realizar os cuidados detalhados:

*(...) A idéia de cuidados diferentes, quando surgiu na minha rotina diária, percebi que não fui capaz de desenvolver estes cuidados sem um maior entendimento. JM (Grupo nº 1)*

*Depois que operei os cuidados tornaram detalhados, também, percebi que a rotina de minha vida mudou, porque para cada necessidade tem um cuidado...LK (Grupo nº 2)*

*As minhas necessidades têm modos diferentes de desenvolver os cuidados e são cada vez mais detalhados... LB (Grupo nº 3)*

Os clientes desenvolvem novos cuidados através das orientações de Enfermagem, aguardando efeitos positivos como o bem-estar e o conforto no dia a dia; com a continuidade, tornam-se hábitos que são incorporados à respectiva realidade de vida, atendendo necessidades diferenciadas de cuidar, assim contribuindo para o aprimoramento da assistência de Enfermagem, como se constata nos depoimentos a seguir:

*(...) Dei toda atenção aos cuidados que diferenciavam na minha rotina, desenvolvi como se fosse uma continuidade dos remédios. Em outras palavras, agi como os cuidados tinham efeitos dos remédios que uso de manhã, tarde e noite... preciso mais conhecimentos para observar e ter vontade de cuidar. CN (Grupo nº1)*

*(...) Dia a dia experimentava os cuidados, percebia que me sentia bem, confortado. Tudo isso fez com não desistisse. Na verdade, os cuidados diferenciam dos que já estou habituado. IL ( Grupo nº 2)*

*Tudo mudou depois que operei, aguardo sempre os efeitos de cada cuidado, sei que tenho que aprender todos os dias, e à medida que vou me habituando aos cuidados, me sinto confortada... MS (Grupo nº 3)*

## CAPÍTULO V

### **A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA PARA OS HÁBITOS DE CUIDAR DOS CLIENTES E AS CATEGORIAS ANALÍTICAS**

Na construção dos cuidados de Enfermagem são identificadas, de modo simples, as características das ações diárias dos clientes, coerentes com a realidade que vivenciam após a alta hospitalar, como se fossem por eles organizadas para serem adaptadas com arte aos meios e condições de cada um na vida cotidiana.

Coelho (2006) ressalta que o cuidar é a ação que produz o cuidado através de uma interação freqüente com o cliente, respeitando seu direito de questionar este cuidado e opinar em relação ao mesmo.

Na elaboração dos cuidados, a interação entre cliente e família dá oportunidade de questionar as necessidades individuais, associadas às condições e experiências do contexto de vida. Todo este processo de aprendizagem se dá sob um prisma construtivo, de respeito cultural à integralidade e à realidade de cada cliente.

Freire (2003, p. 86) acrescenta que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural. A identidade dos educandos (clientes) é o ponto de partida para o conhecimento que eles vão criando no mundo. Neste sentido, os clientes com implante de valva cardíaca mitral aprendem a desenvolver atos que mantêm a vida, atos tecidos todos os dias, cuidados habituais que garantem a manutenção da própria vida.

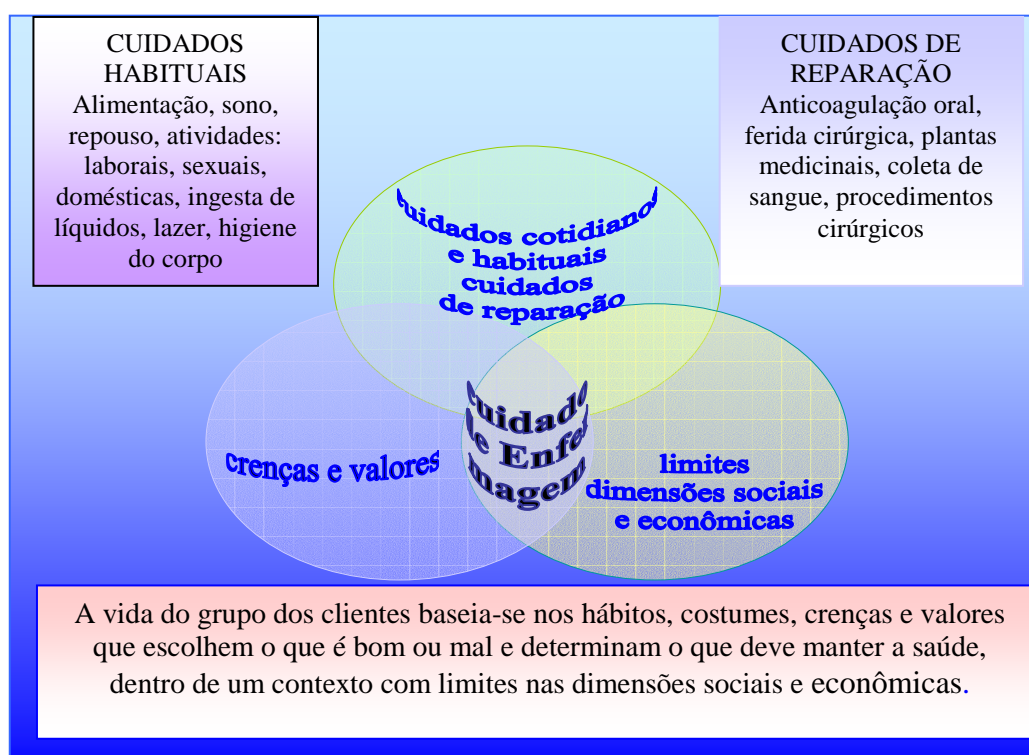
A propósito, Collière (1999, p. 237) faz referência ao discernimento da natureza dos cuidados ligados às funções da vida, encontrando dois tipos distintos de cuidados: os cotidianos e habituais, ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida, e os de reparação, ligados à necessidade de reparar o que se constitui em obstáculo à vida.

Os elementos que participam na identificação da elaboração dos cuidados de

Enfermagem para os clientes com implante de valva mitral mecânica, são conhecimentos técnicos e tecnológicos, sendo que a natureza dos cuidados tem a ver com os hábitos de vida e crenças que reforçam comportamentos e atitudes dentro de um contexto com limites nas dimensões sociais e econômicas.

O diagrama a seguir mostra como os cuidados de Enfermagem são identificados.

**Diagrama 2 - Identificação dos Cuidados de Enfermagem**



A identificação e elaboração dos cuidados de Enfermagem que contribuem para os cuidados de saúde, sob a forma de promoção, prevenção, manutenção e readaptação influenciadas pelas Ciências, constituem-se de hábitos, costumes, crenças, fenômenos, comportamentos e atitudes diante do processo saúde, doença e cuidados.

Os conceitos de cuidado de Enfermagem ampliam-se a cada dia, bem como a sua aplicabilidade nos cenários da prática. Coelho (2007) desenvolveu uma Tipologia de Cuidados preconizando que o cuidado é constituído por princípios filosóficos e teóricos,

levando em consideração o cliente como ser histórico, político e também como cidadão.

Nesta perspectiva, para o cliente desenvolver o cuidado, é preciso entender a própria realidade e apreendê-la na sua integralidade, visto que o cuidado é complexo e construído com base em ideologias filosóficas, subjetividade, objetividade, individualidade e, sobretudo, levando em consideração a apreensão da realidade de cada cliente, do vivido e do experienciado por ele.

Um dos pressupostos de Martin Buber (1982) afirma que a co-responsabilidade entre o vivido e o experienciado do cliente permite perceber que suas idéias estão interessadas e voltadas para o sentido da existência do ser, do homem em todas as suas manifestações, além de propiciar uma reflexão da reflexão e o despertar para um compromisso com a experiência vivida, com a vida em si mesma.

O conceito de cuidado como um constructo complexo, apresenta a relação com o vivido pelo ser humano. O cuidado de Enfermagem é entendido como um constructo maior, para dar conta da dinamicidade, pois é a relação do ser humano entre o estar saudável e o estar doente, o que permite fundamentar que saúde, do ponto de vista de Collière (1999, p. 288), “é um conjunto das forças vivas, físicas, afetivas, psíquicas, sociais que podem ser ativadas para compensar a doença, ultrapassá-la ou fazer-lhe frente”. Sendo assim, concordo quando a autora pontua que o campo de competência da Enfermagem situa-se na junção de tudo aquilo que mobiliza as capacidades da vida em relação com as incidências da doença e das especificidades dos cuidados.

Os cuidados de Enfermagem que promovem a vida requerem compreensão do seu sentido e significado na vida do cliente, sendo vital o reconhecimento destes cuidados porque, além de focarem na saúde, fazem-no também na própria construção do contexto sóciopolítico e cultural. De acordo com Silva (2009), a essência destes cuidados está presente nas diferentes formas de cuidar, independente das variáveis

condição do cliente, ambiente do cuidado e do contexto da realidade vivenciada.

O cliente com implante de valva mitral, para viver com equilíbrio da saúde, precisa de cuidados. Com o passar do tempo, algumas necessidades são substituídas por outras, conforme as condições de saúde, e as prioridades tornam-se cuidados rotineiros, capazes de restituir o sentido de viver com conforto e bem estar.

O cliente quando se sente vivo cuida; dá sentido às coisas que complementam a vida, como referiu um entrevistado:

*(...) A vida não se multiplica, mas as necessidades se multiplicam, por isso é que preciso sentir vivo, quero me cuidar, busco forças, ânimo, preciso de cuidados ter sentido à minha vida, fazer planos, reaprender amar e casar de novo. MM (Grupo nº 3)*

Outro entrevistado mencionou as etapas da vida e o que os cuidados representam em cada um:

*(...) Descobri que cada cuidado é vida e o seu vigor, fortalece as esperanças, até o que parecia impossível de se realizar... As etapas da vida têm várias surpresas, alegrias, tristezas, ganhos, perdas, enfim a melhor etapa é a que traz recordações alegres, e daí partindo para nova etapa de vida. CE (Grupo nº 2)*

O cliente percebe que o cuidado é presente na vida em todos os seus momentos, ocupando os espaços com liberdade, preenchendo-os com bons sentimentos e deixando o coração revelar os segredos mais adormecidos. Assim o cliente revela-se para a vida, reformula conceitos e com um novo bater acelerado do coração, recomeça a viver:

*(...) Minha condição de saúde tornou-me ausente da minha vida por muito tempo, sempre tive em mente o depois... pensava: vou cuidar direitinho quando operar, alimentar bem, mudar de trabalho, (a minha profissão exige muito esforço)... vou preencher todos os vazios que tive na vida, principalmente do meu coração, sinto que está quase cicatrizado, o seu bater... anuncia que já aguenta viver um grande amor. CP (Grupo nº1)*



*(...) A vida não se multiplica, mas as necessidades multiplicam, por isso que preciso sentir vivo, quero me cuidar, busco forças, ânimo, preciso de cuidados ter sentido a minha vida, fazer planos, reaprender amar e casar de novo... MM (Grupo nº 3)*

O ato de cuidar é perceber o todo, é enxergar de uma forma global, criativa e criadora, e a essência da pessoa criativa consiste na sua capacidade de estar apaixonada, enamorada por aquilo que está fazendo, nas coisas nas quais acredita e credita suas expectativas e esperanças (BARAÚNA, 2001). Os cuidados, quando ocupam os espaços da vida, encontram a verdadeira essência da vida, pois cuidar é a arte de viver.

As Categorias Analíticas apresentadas revelam como os clientes desenvolvem as atividades diárias, como os cuidados ocupam os espaços da vida de cada um, a partir da construção e identificação das orientações de Enfermagem, como as utilizam e as inserem na vida habitual.

O aprofundamento das Categorias deu-se após o reconhecimento dos elementos constituintes das entrevistas e observações; identificação dos etnométodos nas entrevistas, observações e diário de campo e Agenda de Cuidados, classificação temática dos elementos comuns; frequência dos etnométodos encontrados nas entrevistas e observações; elaboração das Categorias Empíricas e elaboração das Categorias Analíticas.

O Quadro 4, a seguir, mostra a classificação dos etnométodos de forma ordenada.

Quanto aos Quadros 5 e 6, tratam dos elementos comuns do cuidar e dos cuidados dos clientes e dos etnométodos, respectivamente.

**Quadro 4-Classificação dos Etnométrodos e as Categorias Analíticas**

<b>Etnométrodos</b>	<b>Categorias Analíticas</b>
Prática de cuidados diários; Hábitos diferentes	❖ Cuidar e os tipos de cuidados de Enfermagem de clientes no cotidiano
Detalhamento dos cuidados; Cuidados precisos	❖ Os cuidados de Enfermagem para o bem estar do cliente

**Quadro 5- Elementos comuns do cuidar e dos cuidados dos clientes durante as observações, diário de campo, entrevistas e Agenda de Cuidados**

Nº	Elementos comuns	Frequência no Diário de campo	Frequência nas Observações	Frequência nas Entrevistas	Frequência na Agenda de Cuidados
1	Prática de cuidados diários	98	96	96	96
2	Hábitos diferentes	89	89	90	90
3	Detalhamento dos cuidados	86	86	86	86
4	Cuidados precisos	82	85	85	86

**Quadro 6- Etnométrodos**

Etnométrodos	Frequência / Total
✚ Prática de cuidados diários	386
✚ Hábitos diferentes	358
✚ Detalhamento dos cuidados	344
✚ Cuidados precisos	316

Os etnométodos discutidos em cada categoria através das argumentações e das concepções de autores já citados sustentam a construção das Categorias Analítica e desvelam a realidade de cada cliente envolvido nas suas atividades cotidianas, entre ações e interações com a maneira de cuidar voltada para os aspectos rotineiros da vida diária.

### V.1. Categorias Analíticas

Considerando a escolha da etnometodologia, ambas as categorias apresentaram os dados originários da observação participante, diário de campo, das entrevistas e da Agenda de Cuidados resultantes das Categorias Empíricas. O objetivo foi o de identificar os tipos de cuidar que os clientes desenvolviam no cotidiano e os cuidados de Enfermagem que mais proporcionavam bem estar do cliente.

Esta primeira categoria é de natureza reflexiva, uma vez que os clientes esclareceram detalhes que não foram captados durante a observação participante. Também, outro elemento constituinte foi a indexicalidade, pois, em geral, os relatos dos clientes só puderam ser analisados dentro de um contexto e do assunto abordado.

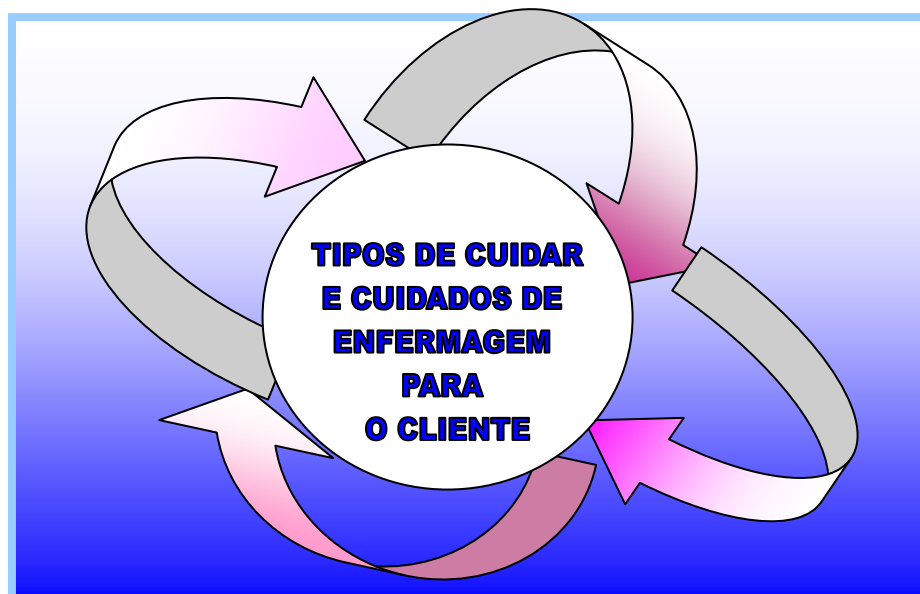
**O cuidar e os tipos de cuidados do cliente no cotidiano** é a categoria que introduz a segunda categoria, denominada **Os cuidados de Enfermagem para o bem estar do cliente**, elaborada a partir dos tipos de cuidar que revelam quais os cuidados que proporcionam bem estar aos clientes.

A análise e interpretação dos resultados buscaram uma interpretação dos cuidados e os tipos de cuidar considerando as situações observadas nas expressões verbais e não-verbais dos clientes.

O Diagrama 3, a seguir, mostra que os cuidados abordados formam um ciclo contínuo, ou seja, para cada etapa de necessidades do cliente em relação ao equilíbrio da

saúde, o próprio cliente distinguirá os cuidados e os tipos de cuidar que lhe proporcionarão bem estar.

**Diagrama 3 - Ciclo Contínuo dos Cuidados de Enfermagem**



O ciclo contínuo de cuidados de Enfermagem demonstra o dinamismo das rotinas da vida diária, evidenciando que estes cuidados podem ser desenvolvidos de forma integrada e, ao mesmo tempo, individualizada, de acordo com as necessidades do cliente com implante de valva mitral mecânica. É importante o reconhecimento de que o ciclo de vida consiste numa série de etapas relacionadas entre si, num todo integrado, e que o bem estar depende, em grande parte, das experiências anteriores, ou seja, das possibilidades que se teve de levar um estilo de vida sadio, da promoção da saúde e educação contínua e do desenvolvimento de atitudes adequadas em relação à saúde (MARTINS; BARRA et al., 2007).

O ciclo de vida corresponde ao de cuidados, pois cada etapa agrega as experiências de acordo com a visão de mundo, atitudes e estilo de vida, como

representado no Quadro 7, a seguir:

**Quadro 7 - Ciclo Contínuo de Cuidados de Vida e Experiências**



**Primeira Categoria:**

**Os cuidados e os tipos de cuidar de clientes no cotidiano**

Nesta categoria de natureza reflexiva, os clientes esclareceram pontos que não foram elucidados durante a coleta de dados. Abordado os cuidados de Enfermagem e os tipos de cuidar de clientes, como a prática cotidiana a partir das necessidades evidenciadas nos primeiros dias após a alta hospitalar.

Os clientes relataram experiências ligadas ao respectivo contexto de vida, bem como dificuldades com que se deparam no cotidiano e com as quais não sabem lidar, mesmo estando no próprio território, o espaço em que vive. Collière (1999)

acrescenta que este território, é o local de inserção de todos os hábitos de vida e das crenças daí decorrentes. Assim, a identificação de um problema, a adesão ao tratamento e as atividades diárias, expressam que o seu processo saúde-doença/cuidados está ligado à vida cotidiana, e colocados em questão as dosagens e os aprazamentos das medicações, a alimentação saudável, o repouso, o lazer, as atividades laborais e sexuais.

Os clientes questionam seus problemas de saúde mais comuns: palpitações, insônia, sensibilidade e dores no tórax em decorrência da cirurgia, limitação das atividades que exigem esforços, subtendendo-se a necessidade de terem mais conhecimentos a respeito de tais problemas e, assim, poderem proceder corretamente na maneira de cuidar, de fazer e de agir no cotidiano. A seguir, as situações de cuidados observadas e registradas no diário de campo (DC).

(...) VM (Grupo nº 2) soube identificar as medicações, de acordo com os aprazamentos, disse que foi alterada a medicação porque estava com edema de membros inferiores (...) procurou uma posição confortável para colocar os pés...mantém com mal estar e as medicações são as que mais causam alterações. **(DC 08/05/2009)**

(...) PR (Grupo nº 3) manteve-se em silêncio quando o tema abordado foi a insônia, mas, em seguida, outro cliente AG (Grupo nº 2) argumentou que não se sente bem com remédios para dormir, porém, PR (Grupo 3) disse que se manteve em silêncio porque só dorme com remédios, justificando-se: “depois da cirurgia fiquei muito ansiosa”.**(DC 09/06/2009)**

(...) aproximei-me dos grupos e todos prestaram atenção. Procurei conversar sobre os cuidados que precisam realizar e, em seguida, um cliente NA (Grupo nº1) argumentou que ameniza a sua ansiedade quando tem conhecimentos sobre cuidados que reduzem o tempo de recuperação da saúde no cotidiano. **(DC 09/07/2009)**

(...) Ao mesmo tempo em que os clientes conversavam, pediam explicações acerca do que sentiam e do que estão sentindo, e os modos de fazer os cuidados com mais simplicidade. **(DC 11/08/2009)**

Quanto à situação descrita anteriormente os clientes relacionam-se, em grande parte dos problemas, aos fenômenos subjetivos que podem ocorrer temporariamente, associados ao processo de adoecer. Desta forma, mesmo sabendo que podem persistir os problemas, passam a não compreender e pensam que deve haver maneiras diferenciadas de cuidar, como acontecem com a alteração do sono, que se torna mais difícil de conciliar entre o dia e a noite, as algias que limitam os movimentos e a inapetência de alimentar.

Um dos clientes destacou a insônia e a inapetência alimentar, o que comprova a necessidade de conhecimentos em relação aos temas e aos cuidados à saúde, pois as etapas que vivenciam são diferenciadas e de acordo com a individualidade de cada um:

*(...) Não sei o que mais me deixa nervoso se é a falta de sono ou a falta de vontade de me alimentar. Estou sem sono, não gosto da noite, tenho medo de dormir. Quanto aos alimentos, não sinto paladar, deve ser por causa dos remédios. EF (Grupo nº 1)*

Através das observações, verifiquei que os clientes avaliam a importância dos cuidados quando as relacionam às atividades que desenvolvem, de acordo com o contexto em que vivem. Neste sentido, a organização das atividades, a partir de

situações de cuidados que cada um vivencia, leva à realização destes cuidados. **(DC 20/08/09)**

Com relação à importância dos cuidados, os clientes atentam para as situações que vivenciam e expressam o que é prioritário em suas necessidades para evitar uma nova hospitalização. Por isso, procuram saber o porquê de estarem praticando os cuidados, incluindo novos hábitos cotidianos como uma nova forma de perceber o que está acontecendo nesta etapa de vida, levando em conta as dimensões da estrutura social e, principalmente, a cultura e sua visão de mundo, que expressarão sua sensibilidade em relação às atividades. Neste aspecto, o relato da observação da pesquisadora comprova o que foi dito, possibilitando aos clientes organizarem o “caos” em que se encontram numa referência às atividades de rotina:

O cliente organiza suas atividades por escrito; escreve tudo que faz no dia a dia, fala para outro cliente que aprendeu que o cuidado que recupera a saúde tem uma maneira diferente de fazer. **(DC 01/09/09)**

Leininger (2002) considera as dimensões da estrutura social, quais sejam os fatores tecnológicos, filosóficos e religiosos, sociais, valores culturais e costumes, os fatores políticos, econômicos e educacionais, presentes no contexto do ambiente, como parte da cultura, afirmando que esta influencia a visão de mundo e de cuidado, seja de pessoas individualmente, seja de famílias, grupos, comunidades e instituições.

No que diz respeito aos clientes entrevistados, a preocupação e o medo foram fatores que limitaram as atividades cotidianas, aspectos relacionados com a cultura, o comportamento e a visão de mundo de cada um, tendo sido objeto de registro em diário de campo da pesquisadora:

Ao revelarem que a preocupação e o medo foram constantes durante o período de recuperação após a alta hospitalar, levando-os a mostrarem-se inseguros e a sentirem-se incapazes para realizar determinadas tarefas. **(DC 08/09/09)**



A insegurança dos clientes surge diante de quaisquer anormalidades, porque pensam que elas podem acometer o funcionamento do coração; e com medo, deixam de desenvolver os cuidados diários, considerados imprescindíveis. Dois clientes comentaram suas experiências durante as entrevistas:

*(...) mesmo sabendo que tudo era questão de tempo, tinha a impressão que ia ficar dependendo de outras pessoas por um longo tempo fiquei muito angustiada (...) Gostaria de saber como conviver com estes dias tão ruins. Entendi que tudo era passageiro a partir do momento que passei a refletir que antes de operar tinha dias que não conseguia levantar porque me sentia muito cansada, o tempo passou e hoje estou querendo uma rápida recuperação, assim eu pude comparar o que vivi antes e como estou agora, já operada. VP (Grupo nº 1)*

*(...) Chegava até a marcar os dias para ver se no outro dia ia melhorar o desânimo, a minha incapacidade,...mas fiquei muito preocupada, ouvia o barulho de minha valva sem parar... fiquei estressada, mas a valva tinha que fazer barulho. VL (Grupo nº 2)*

Os relatos permitiram constatar através das observações que após a alta hospitalar, o desânimo e a preocupação são devidos ao estado físico dos clientes, gerando medo para agirem frente a alguma incapacidade física, ainda que momentânea:

*Depressão, medo de agir e preocupações são sentimentos que experimentei neste momento da vida, que associei às etapas do tratamento da minha saúde. CM (Grupo nº 1)*

*Sei que o medo foi maior quando era obrigado agir, ficava mais limitado, incapaz, infeliz, não conseguia desenvolver os cuidados, para usar as medicações nos horários previstos precisei que alguém da família me ajudasse. KM (Grupo nº 1)*

Em seus estudos, Bear (2008) concluiu que os sentimentos estão relacionados ao tratamento, e que embora os clientes soubessem disso por terem sido esclarecidos a respeito, choravam e ficavam inexpressivos diante de qualquer situação em que algum problema se apresentasse, voltando-se para si mesmos e deixando até mesmo de conversar. O sentimento predominante entre os clientes foi a preocupação, que precisa ser prontamente controlada para propiciar-lhes condições de melhora clínica e bem estar, como lembrou um entrevistado:

*Não tem esse ou aquele que não fica preocupado em relação ao tratamento. As dúvidas têm que ser esclarecidas até para se prevenir das eventualidades que possam ocorrer. ML (Grupo nº 1)*

A atenção a todas estas questões ao esclarecer as dúvidas dos clientes e de seus familiares, tem como objetivo evitar novos problemas. Além do mais, a ajuda e o apoio emocional despertam nos clientes a vontade de superar suas dificuldades momentâneas, diminuindo as preocupações. Ênfase também deve ser dada ao fato de que se deter em só um aspecto do cuidado, pode levá-los à inobservância das prescrições médicas, das dosagens dos medicamentos, da ingestão de alimentos que darão equilíbrio à saúde. Alguns clientes manifestaram-se a respeito dessa questão:

*(...) acho que as preocupações, me impediram para que eu fizesse os mínimos esforços (...) comecei a prestar atenção para esse comportamento, vi que o medo estava contribuindo em grande parte...para não sentir vontade de tomar banho. CB (Grupo nº1)*

*(...) o medo e as preocupações fazem parar a vida, nada vai para frente, e tudo continua, precisa de ser acordado para as coisas que fazem sentido de viver, o cuidado é prioritário neste momento CH (Grupo nº 2)*

*(...) As preocupações aumentaram depois que cheguei em minha casa, não tinha mais a equipe ao meu redor e minha família que é pequena, teve que*

*ir trabalhar... Comecei a analisar a minha vida toda, não posso ter esse luxo de alguém ficar comigo, pois quem vai comprar meus remédios, meus alimentos?... Aceitei essa situação diante das minhas condições de vida... MV (Grupo nº3)*

A incapacidade temporária de se cuidarem ou de manterem uma rotina habitual, até mesmo de higienização, faz com que desistam da prática de cuidar. Embora saibam que a higiene do corpo oferece conforto e previne doenças, às vezes deixam de realizá-la a contento por se sentirem cansados e limitados em seus movimentos, Sendo assim, ainda que debilitados, devem ser estimulados e/ou ajudados a realizar as atividades relacionadas ao asseio corporal e à limpeza do ambiente em que vive.

Na opinião de Lima (2005), a higiene tem a ver com o tempo decorrido da cirurgia, levando o cliente a refletir e sentir-se apto a enfrentar a situação de cuidados, vencendo as limitações, adequando-se para poder realizá-las, conforme relato:

*(...) acho que tudo vai passar com o tempo, não adianta ficar preocupada, só quando passar uns meses da cirurgia, ficar totalmente cicatrizada a ferida, assim vou disposta para começar uma nova vida. MG (Grupo nº 2)*

Esta situação reafirma o estudo sobre o *Tempo de Cicatrização de Cirurgia Cardíaca dos Clientes* (DUTRA; COELHO, 2008) revelando que o cliente leva tempo para alcançar o equilíbrio físico, ou seja, a cicatrização da ferida é uma realidade que é sentida, visualizada e palpável. À medida que a pele sofre o processo de cicatrização, a ‘agressão da incisão’ aos poucos é delimitada formando uma linha mediana, quase imperceptível, dando início ao processo de recuperação da saúde. Portanto, quanto mais longo o tempo decorrido da cirurgia, maior a possibilidade de volta dos clientes à rotina normal, com menos limitações para o desenvolvimento dos cuidados diários:

*Depois que opereí, muita coisa mudou na minha vida. Não esqueci as dificuldades e limitações! Ainda, encontro limitações para o desenvolvimento dos cuidados. CP (Grupo nº 1)*

Dificuldades e limitações podem ser minimizadas se os clientes forem capazes de identificá-las, levando a uma prática de cuidados mais simples, de acordo com suas atividades habituais. Para tanto, é importante que haja estratégias para o ensino de cuidados de Enfermagem que modifique o comportamento do cliente a partir da aquisição de novos conhecimentos que atendam às suas expectativas de cuidado.

A educação para clientes com valva mitral mecânica é uma aprendizagem ativa de idéias, saberes adquiridos a partir da experiência pessoal e científica, reconhecendo e valorizando o cotidiano, a realidade, as reflexões e o fazer como processo educativo permanente, com argumentos técnicos e tecnologias voltados para o cuidado na vida diária.

*(...). Os cuidados devem ser abordados todas as vezes que necessitamos de explicações e o que fazer em caso de dificuldades. VM (Grupo nº 1)*

As respostas dos clientes confirmam o pensamento de Collière (1999) no sentido de que o cliente cirúrgico é aquele que necessita de cuidados e atenção, pois ao retornar ao contexto familiar surgem dificuldades, e com elas, a necessidade de se adaptar às mudanças no dia a dia a fim de evitar problemas decorrentes da insegurança. Todavia, é importante ressaltar que o cliente, ao se harmonizar com a realidade, aos poucos será capaz de se adaptar às mudanças e solucionar suas dificuldades, monitorando as necessidades diárias, com isso alcançando uma sensação de bem estar sob os efeitos positivos de uma vida saudável.

## **Segunda Categoria:**

### **Os Cuidados de Enfermagem para o bem estar do cliente**

Esta categoria teve como principal elemento da etnometodologia a reflexividade, por trazer à luz, mesmo que posteriormente, alguns aspectos das interações sociais que não haviam sido esclarecidos nas sessões de observação. Trata dos cuidados definidos como indispensáveis para o cliente sentir bem estar, de acordo com a situação em que se encontra.

De acordo com Ferreira (2004), bem estar significa estado de perfeita satisfação física ou moral; conforto. Albuquerque e Noriega (2008) acrescentam que a estrutura desse construto é formada pela satisfação com a vida global, com a vida em áreas específicas, e por altos índices de afetos positivos e baixos índices de afetos negativos. Portanto, bem estar é um conjunto de sensações positivas que pode ser global e específica, envolvendo aspectos emocionais e racionais. Para os clientes com implante de valva mitral mecânica, o estado específico refere-se aos efeitos positivos de recuperação da saúde, envolvidos por sentimentos que os leva a desempenharem suas atividades.

Assim, em relação às condições fisiológicas, no cotidiano os clientes buscam cuidados precisos ou exatos que lhes permitam alcançar o bem estar:

*Tive dificuldades de realizar os movimentos do corpo espontaneamente. (...) Não tive vontade de me alimentar, precisei de incentivo da minha família (...)* CS (Grupo nº 1)

*(...) Tive dificuldades de me relacionar com outras pessoas, não gostava de contato, nem de conversar.* AF (Grupo nº 2)

*(...) Não conseguia dormir normalmente, tive dificuldades de entender a falta de sono à noite.* NS (Grupo nº 2)

*(...) Não consegui dividir a medicação, dependia da minha família para tomar conta das medicações (...)* Tive dificuldades de entender as dosagens das medicações, principalmente, o uso do anticoagulante, assimilar as dosagens e observar os efeitos do uso. JC (Grupo nº 2)

*Não consegui limpar a ferida sozinho. (...)* A ferida cirúrgica ficou muito dolorida, achei difícil fazer a limpeza sozinho. EI (Grupo nº 3)

As histórias dos clientes constituem-se em fato singular ao lado das dificuldades em que se baseiam frente a outras situações de sua vida, como a doença. Complementam Gualda e Bergamasco (2004) que este estado obriga a interromper os hábitos e padrões vivenciados por muitos anos, levando à imposição de limitações e ao questionamento de determinados valores, prioridades e maneiras de ser, anteriormente considerados imutáveis.

Considero que os clientes, quando entendem a importância do cuidar, avaliam a sua capacidade de desenvolvimento, comparam o que pode e o que não pode ou é capaz de fazer e tornam habituais os cuidados que aprendeu. Trata-se, portanto, de uma reavaliação da vida quando se deparam com a necessidade de novos aprendizados e de adaptação aos mesmos.

*(...) Senti no início desconforto, primeiro por causa da cirurgia, depois tive que me habituar as novas formas de cuidado, a vida diária já não parecia tão simples.* CJ (Grupo nº 1)

*(...) não me senti confortável desde o momento que tinha uma cicatriz no peito, tive que romper aos poucos, velhos hábitos, mas fui aos poucos adaptando a minha vida, sempre buscando um sentido, um jeito de me sentir bem.* FL (Grupo nº 1)

*(...) Fez sentido quando não me afastei de tudo que fazia no meu dia-a-dia, não senti confortável romper com tudo, aos poucos fui adaptando os cuidados, não foi tão simples, mas senti muito bem estar. OS (Grupo nº 2)*

Os cuidados de Enfermagem, na reflexão de Collière (1999), para fazerem sentido para o homem e tornarem-nos realizáveis, não devem se distanciar de ideologias desligadas da vida cotidiana. Assim, encontram o seu suporte, o seu fundamento, a sua razão de ser nas situações de vida, tais como se apresenta e vive. Por isso, aos poucos, o cliente se modifica, apoiado no conhecimento prático, nas evidências de suas condições de saúde, quando é construído um aprendizado novo: o que antes era simples, agora envolve observações cuidadosas nas atividades diárias de orientações de Enfermagem.

É afirmativo que os clientes enfrentam situações de cuidados diariamente. Pude registrar no diário de campo que os desafios dos clientes diminuem com o passar do tempo, porém, sabem que sempre estarão envolvidos nas situações de vida, podendo até atingir um equilíbrio e bem estar com o passar do tempo e ter sentido na vida cotidiana. **(DC 29/09/ 2009)**

Em geral, os clientes mantêm-se atentos quando são necessários exames para reavaliações; temporariamente, experimentam esta situação e questionam quanto aos resultados, se há necessidade de repetir exames ou fazer outros, mais específicos, como relatam nas entrevistas.

*(...) quando a dentista falou que ia fazer um corte na minha gengiva, fui no outro dia seguinte ao Ambulatório, para me orientar de que precisava de antibióticos e suspender o Marevan. JF (Grupo nº 1)*

*(...) precisei de me orientar quanto a necessidade de fazer a profilaxia de antibióticos para uma pequena cirurgia que fiz. JM (Grupo nº 1)*

Estas situações fazem com que os clientes fiquem inseguros, passando a questionar o exemplo de uma cliente que foi ao consultório dentário e a profissional detectou que ela necessitava de uma pequena ressecção da gengiva, mas que não precisava de cuidados preventivos, mesmo com implante de valva mecânica.

Deve-se ressaltar que, ao contrário do que a odontologista considera como um pequeno procedimento cirúrgico, faz-se necessário o controle do anticoagulante oral e a profilaxia específica para procedimentos invasivos para todos os clientes que tem implante de prótese cardíaca. Neste caso, a cliente duvidou e, apreensiva, procurou orientações, vindo confirmar seus conhecimentos em relação aos cuidados e sua prática na vida habitual, de acordo com as suas necessidades de saúde.

A discussão sobre os cuidados em relação à saúde é peculiar, visto que se deve buscar um fundamento em comum para despertar mais o interesse do cliente para o cuidado, consciente da situação e como participante ativo. A relevância da situação de cuidados se verifica quando o cliente tem necessidade de se submeter a outro tipo de tratamento ou em situações em que as ações são expressas pela interação de idéias e o cuidado se torna condição para o outro acontecer.

*(...) A dermatologista passou filtro solar para proteger a cicatriz quando eu for à praia.. Sei que é cedo para expor ao sol. EL (Grupo nº 1)*

Mesmo diante destas situações relatadas pelos clientes, muitas vezes eles trazem questões que gostariam que fossem incluídas na vida diária, como no caso de uma cliente com 60 dias após a alta hospitalar, cuja prescrição feita pela dermatologista era de uso de filtro solar de fator 100, e como ela não encontrou o produto recomendado para comprar, ficou em dúvidas e procurou orientações junto aos profissionais do hospital onde havia sido operada.

Outros problemas são apresentados pelos clientes para o desenvolvimento dos



cuidados, e remetem ao contexto em que vivem. As questões tornam-se prioritárias quando relacionam que determinado medicamento está provocando mal estar, que não dorme à noite ou que os batimentos cardíacos estão acelerados. As questões são ouvidas atentamente, solucionadas de imediato, ou não, e neste caso encaminhadas para a competência de outros profissionais.

*(...) Preciso pedir o médico para tirar o diurético, está me dando mal-estar. EL (Grupo nº 1)*

*(...) Não tomo àquela quantidade de remédios, só não deixo de tomar o anticoagulante todos os dias. CE (Grupo nº 1)*

*(...) ainda não sei observar problemas da minha cirurgia. VS (Grupo nº 2)*

*(...) desde que operei não consigo dormir à noite, só cochilo de dia. CP (Grupo nº 2)*

*(...) O meu coração está muito acelerado, mesmo permanecendo em repouso. AS (Grupo nº 3)*

Durante a coleta de dados, busquei compreender este fenômeno valendo-me deste microssocial em que está envolvido cada cliente, com realidades diferenciadas, possibilitando separar o problema, a natureza do cuidado e o envolvimento com o cuidado.

O próprio cliente sabe de si, da própria vida, dos seus limites e possibilidades e até aonde é capaz de ir se apropriando dos cuidados, ora com rejeição, ora com conformismo, enfrentando situações de cuidados que exigirão observações capacidade de decisão, iniciativas com que, por muitos momentos, irão se confrontar diante da decisão.

Na comunicação cotidiana percebo, desde logo, que quando os clientes solicitam informações sobre os cuidados à saúde, é como se houvesse urgência, e esta atitude caracteriza a forma como se comunicam: ao chegar, pode-se observar o linguajar, os

gestos, a entonação das palavras acompanhando neste conjunto uma situação justificada pela não realização dos cuidados e pelas dificuldades de não alcançarem ou não entenderem o que é a realidade, na esperança de mudanças ‘urgentes’ de seus hábitos.

Desta forma, os grupos de clientes expressam que querem mudar hábitos, querem urgência, necessitam ter um modo de cuidar preciso e que traz bem estar, parecendo que as mudanças surgem de um momento para o outro.

*(...) Tudo que necessito é de fazer os cuidados precisos sem erros, apesar das minhas limitações, tento todos os dias... CL (Grupo nº 1)*

*(...) as minhas limitações, não foram só em relação à cirurgia tive outros tipos de dificuldades, de entendimento de certos cuidados, fazia e não entendia muito, fiquei desempregado, muito ruim essa fase... às vezes, deixava de lado as mudanças, fazia o que podia. CN (Grupo nº 2)*

Neste sentido, o interesse dos clientes pelos cuidados reproduz uma situação que ganha significado, que vai além da realidade possível, submetendo-os a um discurso comum pela natureza do cuidado e complexidade que muitas vezes distanciam-se de sua finalidade.

As interações dos grupos de clientes foram registradas no diário de campo:

Os clientes se comunicam de acordo com o que representam este cuidar em sua vida. A necessidade do cuidado é uma realidade diária que o cliente toma como ponto de partida, buscando meios para ampliar suas possibilidades de elaboração, de acordo com a sua vivência. **(DC 01/10/2009)**

Habitualmente, os clientes utilizam uma linguagem que se relaciona com o significado do que representa um ou outro cuidado. Desta forma, para eles, cada cuidado tem um sentido e um efeito adequado quando atende a situação de cuidados, as suas histórias, experiências e interpretação, considerando o contexto vivenciado.

O detalhamento sobre os cuidados representa uma fase vivenciada pelos clientes

voltada para sua realidade cotidiana, conforme relatos a seguir.

*Os cuidados que realizo todos os dias levo a sério, porque é importante para o meu bem estar, quero acertar diariamente, com isso me torno impaciente, é um desafio, mas tenho que desenvolvê-lo. MJ (Grupo nº 1)*

*(...) Cuidar para manter a saúde não é fácil, porque é necessário deixar de lado tudo que é mais cômodo, e nem sempre o que é cômodo, não é certo, preciso sentir livre dos maus hábitos, nutrir de esperanças para uma nova realidade, histórias, experiências... FL (Grupo nº 2)*

As sensações de bem estar podem ser discutidas à luz de uma abordagem holística que integra funções físicas, emocionais e espirituais. Assim, como essas funções estão inter-relacionadas, qualquer mudança em uma delas pode causar repercussões nas outras. Estas são mudanças positivas que demonstram que o todo é maior do que a soma de suas partes (VICINI, 2002).

Na visão holística, alcançar o bem estar é um desafio diário para o cliente; ele necessita de equilíbrio e seu maior desejo é que os efeitos das ações realizadas sejam positivos, rápidos, permitindo que alcance sua autonomia.

*(...) Reconheço que não estou dando importância aos cuidados. Prometer que vou praticar como deve, só para agradar, não está certo. Afinal de contas depende de mim..., sou eu quem decido, tenho autonomia...enquanto não conscientizar que para ter saúde é preciso dedicar e corrigir os meus hábitos. KD (Grupo nº 1)*

*(...) Os meus dias são conflitantes, procuro acertar um ou outro cuidado, se deixo de fazê-lo, preocupo em realizá-lo logo, logo... tudo está nas minhas mãos, tenho autonomia...MK (Grupo nº 2)*

Os clientes defendem o próprio ponto de vista, contrário aos princípios dos cuidados. Seu discurso é desafiador, assim como suas condições de saúde; suas idéias representam a posição de outros clientes, inclusive a inquietude em relação à saúde, implicando muitas vezes no ‘sofrimento’ (como muitos afirmam) de mudar os hábitos, de torná-los indispensáveis em suas ações, entendendo que se for para o bem estar vale tentar mudanças.

*(...) Os cuidados me conduzem as descobertas, penso no meu equilíbrio a todos os dias, e questiono, o que acrescenta para minha vida. É por isso, que sempre necessito de explicações para compreensão... quero vida, efeitos positivos...MP (Grupo nº 1)*

*(...) Quando desenvolvo um cuidado e tenho um efeito positivo, parece que tudo muda...é como acordar de um sonho... as angústias vão embora desperta maior interesse em relação à continuidade dos cuidados. Acaba a monotonia da rotina e os ganhos positivos, só estimulam. CS (Grupo nº 2)*

O ponto de vista do cliente é claro quando descreve os efeitos positivos dos cuidados, o acordar do sonho; é uma forma de dizer que tudo flui, quando os atos correspondem à própria iniciativa e interesse pela realização dos cuidados:

*(...) O cuidado inserido na minha vida é uma construção diária. Entendo que para construir precisa de muita paciência, são os cuidados e a realidade concreta do dia a dia, sem fantasias... apenas o fazer com conhecimentos deste fazer. TD (Grupo nº 3)*

### **A) Subcategoria - A recriação do cotidiano dos clientes como hábito de cuidar**

Os cuidados dos clientes a partir das orientações de Enfermagem fazem parte da construção e desconstrução do cotidiano, dispensando atenção aos sinais clínicos, aos cuidados com a pele, à prevenção de choques, de lesões na pele, às atividades laborais, à alimentação equilibrada, à terapêutica medicamentosa, à observação dos cuidados com a medicação anticoagulante oral, dentre outras.

Tem início, então, uma seqüência de ações precisas que possibilitam a criatividade e a imaginação, dentro de uma realidade possível e coerente, podendo ser num cotidiano visível ou invisível, de acordo com as condições de saúde, correspondendo às necessidades de cuidado e bem estar.

O cotidiano destes clientes torna-se visível quando eles despertam para uma nova vida, porque estão vivenciando uma outra condição em relação à saúde. Certeau (1996, p. 31) descreve o cotidiano como sendo

aquilo que nos é dado a cada dia [...] Todo dia, pela manhã aquilo que assumimos, ao despertar, é o peso da vida, a dificuldade de viver [...] O cotidiano é aquilo que nos prende intimamente, a partir do interior. É uma história a meio de nós mesmos, quase em retirada, às vezes velada.

No cotidiano dos clientes estão inseridas suas necessidades de cuidado voltadas para os sinais clínicos anteriormente citados:

*(...) Tive que desorganizar a minha vida, mas não deixei para lá a minha vontade de ficar com saúde, logo, logo. RL (Grupo nº 1);*

*(...) De início analisei toda minha vida, estava na hora de mudar, mudou o meu coração, mudou a minha vida, quero começar tudo outra vez, mas com sabedoria, quero praticar os cuidados que vão me trazer a saúde. JS (Grupo nº 2)*

*(...) pensava que construir o dia a dia é difícil, o mais difícil é reconstruir a vida, dos costumes, do que fazia todos os dias com liberdade e com certeza que era correto... preciso acertar me cuidando, sem dificuldades. LP (Grupo nº 3);*

Neste cotidiano, os clientes tecem os cuidados em busca da liberdade para desenvolvê-los, a fim de que possam retomar as atividades habituais diárias, sem dificuldades:

*(...) construir e desconstruir o dia a dia depende somente de mim, nas minhas necessidades, também estão os sonhos de uma vida confortável, cuidando, realizando, solucionando, refazendo os dias, consertando a vida. CT (Grupo nº 1)*

*(...) Quando as necessidades são atendidas reconheço que os cuidados passam ser reconhecidos como habituais. NF (Grupo nº 2)*

Na abordagem aos clientes sobre os conhecimentos dos cuidados, levam-se em conta as vivências e atitudes na condução das ações diárias. Certeau (1999) enfatiza que a recriação do cotidiano com as práticas de vida, deixa desvelar seus desejos e seus sonhos na arte de fazer os cuidados, conforme relatos a seguir.

*(...) Só compreendi que tinha que refazer, reinventar o meu dia a dia quando senti necessidade que precisava de cuidados que antes não faziam parte da minha vida. SC (Grupo nº 1)*

*Todos os dias recrio alguma coisa, a forma de pensar, minhas atitudes e com isso aumentam os conhecimentos em relação a minha capacidade de conduzir minhas atividades diárias. FL (Grupo nº 2)*

*No cotidiano recrio, reinvento e pratico minhas atividades, até coloco meus sonhos, a vida fica mais leve, FE (Grupo nº 3)*

Desta forma, os cuidados resultam de um trabalho elaborado a partir das necessidades que sentem e em sintonia com a realidade em que vivem. Significa dizer que estar consciente de que a maneira de encarar a nova situação é importante, pois pode conduzir a diferentes pontos de vista e compreensão da situação de cuidados. Nessa linha de raciocínio, a própria história determina um estilo peculiar de abordagem do cuidado, especialmente quando o tempo de hospitalização foi maior, conforme relataram os clientes:

*(...) fiquei cerca de dois meses internado, tenho que recuperar fazendo os cuidados certos, mesmo que refazendo, reinventando o meu dia-a-dia, senti necessidades que precisava de cuidados que antes não faziam parte da minha vida. FJ (Grupo nº 1)*

*(...) as minhas condições de saúde me levou a refazer, reinventar, o meu modo de encarar a vida para que os cuidados precisos atendessem as minhas necessidades. CM (Grupo nº 2)*

A reinvenção do cotidiano, para os clientes, inclui mudança no comportamento e nas emoções. Experimentar novos conhecimentos é uma maneira de iniciar uma aprendizagem.

### **B) Subcategoria - Os detalhes do cuidado de Enfermagem na vida diária**

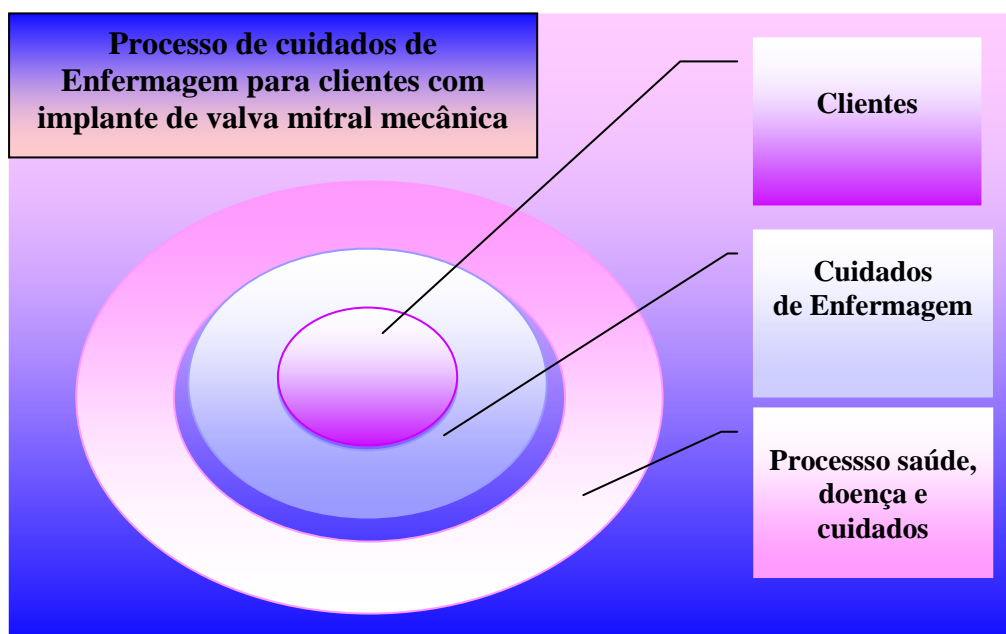
Os detalhes do cuidado de Enfermagem refletem a particularidade encontrada no conhecimento adquirido, na imaginação, na elaboração do saber que é considerado por Japiassu (2003, p. 15-20) como

um conjunto de conhecimentos metodicamente adquiridos, mais ou menos sistematicamente organizados e suscetíveis de serem transmitidos por um processo de ensino isto é, conceito de saber poderá ser aplicado à aprendizagem de ordem prática (saber fazer, saber técnico) e, ao mesmo tempo determinações de ordem propriamente intelectual e teórica.

Espírito Santo e Porto (2008) consideram que o cliente e seu processo de vida, numa etapa de saúde / doença, passaram a serem centrais no cuidado de Enfermagem, constituindo-se como bases para o desenvolvimento e aplicação dos conhecimentos, pois mostram concretamente o que pode fazer, denotando sua diferença significativa na vida dos clientes e da sociedade.

Neste sentido, ao refletir sobre detalhes do cuidado de Enfermagem, interpretei à luz dos conhecimentos, que o cliente em sua singularidade, dentro de um dado contexto, requer cuidados de acordo com a situação de saúde /doença/cuidados, e que este é um processo dinâmico de interpretação das necessidades prioritárias de cada um. O Diagrama 4, a seguir, mostra as etapas necessárias à construção de cuidados de Enfermagem conforme a situação do cliente.

**Diagrama 4 - Processo de Cuidados de Enfermagem**





Os cuidados de Enfermagem detalhados fazem parte do cotidiano daqueles clientes que pertencem aos lugares individuais e comuns no contexto da própria realidade; inclui questões políticas, sociais, econômicas e de saúde, inseridas no processo de saúde-doença/cuidados. Em torno destas influências, o ser humano está sujeito às mudanças em relação ao fazer ou não os cuidados que lhe propiciarão bem estar e qualidade de vida.

Coelho (1999) considera que cuidados de Enfermagem, além de ser definido nas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, políticas, filosóficas e tecnológicas devem oferecer segurança para o cliente desde sua chegada para a hospitalização, até a volta para o seu meio social e sua vida cotidiana.

Os clientes hospitalizados por um período maior, devido a fatores que retardam a alta hospitalar, tornam-se apreensivos e requerem segurança devido à um destes fatores, que é a infecção do sítio cirúrgico, orientações sobre os cuidados com a cicatriz cirúrgica, e tudo que envolve o bem estar de forma clara e detalhada para o entendimento.

*(...) fiquei cerca de dois meses e dez dias internado, a cicatriz da cirurgia ficou muito fina e sensível foi passado muitas soluções antissépticas.. (...) senti necessidades de mais conhecimentos sobre cuidados da minha pele, de infecções..., tive medo que abrisse a cicatriz. TD ( Grupo 1)*

*(...) precisava de mais conhecimentos sobre os cuidados, detalhados.. sobre a higiene do corpo, as medicações, os cuidados com o anticoagulante, a alimentação, atividades físicas, medicamentos alternativos, gravidez. ...CL (Grupo nº 2)*

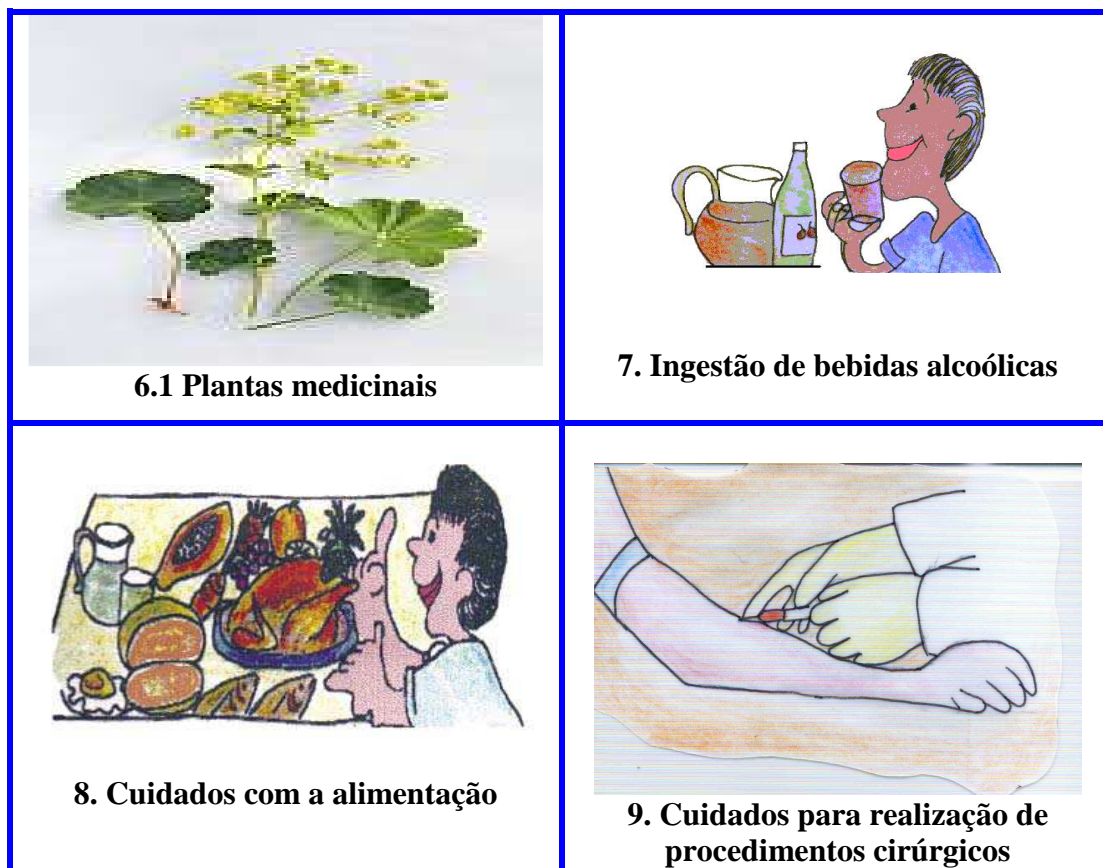
Percebe-se que os cuidados são detalhados conforme o interesse e a realidade dos clientes e que são descritos com conhecimentos e princípios científicos. Para o cliente, dispor de um material educativo facilita o entendimento das orientações de Enfermagem

com vistas ao aprendizado. Por outro lado, é também, na opinião de Echer (2005), uma forma de ajudar os indivíduos no sentido de melhor entender o processo de saúde e doença e trilhar os caminhos da recuperação.

A seguir Quadro 8 A e B, demonstra as figuras que foram destacadas de acordo com as solicitações dos clientes sobre os Detalhes dos Cuidados, conforme as necessidades e interesse no dia a dia para recuperação da saúde.

 <p><b>1. A ferida cirúrgica</b></p>	 <p><b>3. Cuidados da pele</b></p>								
 <p><b>2. A integridade da pele</b></p>	 <p><b>4. Cuidados Preventivos</b></p>								
<table border="0"> <tbody> <tr> <td data-bbox="331 1480 480 1597">5 mg= 1 comp</td> <td data-bbox="496 1480 608 1597"></td> <td data-bbox="624 1480 746 1597">3,75 mg= 3/4</td> <td data-bbox="762 1480 874 1597"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="331 1686 480 1803">2,5 mg 1/2 comp</td> <td data-bbox="496 1686 608 1803"></td> <td data-bbox="639 1686 767 1803">1,25 mg= 1/4</td> <td data-bbox="783 1686 874 1803"></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>5. Cuidados com a terapia : anticoagulante oral</b></p>	5 mg= 1 comp		3,75 mg= 3/4		2,5 mg 1/2 comp		1,25 mg= 1/4		 <p><b>6. Fitoterapia</b></p>
5 mg= 1 comp		3,75 mg= 3/4							
2,5 mg 1/2 comp		1,25 mg= 1/4							

Fonte: DUTRA, 2010 (Desenhos da autora).



Fonte: DUTRA, 2010 (Desenhos da autora).

## 1. A ferida cirúrgica do cliente e a patogênese da infecção

A ferida cirúrgica localizada na região mediana do esterno e os procedimentos em geral, são feitos por meio de uma esternotomia mediana, que é uma incisão através do esterno, embora a valva mitral possa ser alcançada por meio de uma incisão de toracotomia direita seccionando apenas duas cartilagens costais do lado direito do esterno, diminuindo a área de risco para infecção (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O Centers for Disease Control and Prevention (2008) dos Estados Unidos, considera que nem toda infecção relacionada à manipulação cirúrgica ocorre na ferida propriamente dita, mas também em órgão ou espaços abordados durante a operação, e

pode desenvolver-se de 30 dias a um ano após a realização do procedimento cirúrgico como no implante de prótese ou retirada da mesma.

Fatores de risco para infecção em cirurgia cardíaca foram destacados em relação ao cliente. São eles: idade, criança e idoso, sexo masculino, obesidade, índice de massa corpórea  $>30$ , doenças crônico-degenerativas (diabetes mellitus, insuficiência renal e cardíaca crônica, desnutrição, albumina sérica  $<4,5$  g/dl). Os relacionados à cirurgia são: o tempo e o tipo de cirurgia, cirurgia de emergência, abertura da cavidade pleural, tempo de “cross clamp”, inserção do balão intraórtico, tempo de entubação e de permanência em UTI, sangramento e/ou necessidade de hemotransfusão (GELAPE, 2007).

Os clientes devem ser acompanhados desde a cirurgia até a alta hospitalar e seguidos após a alta, pelo período de até trinta dias da data da cirurgia; em caso de implante de prótese, até um ano, conforme descrito anteriormente. Os métodos de seguimento do cliente após a alta mais utilizados atualmente, são: retorno ambulatorial, contato telefônico, carta- questionário, divergindo entre si a indicação e a acurácia de cada um deles (RABHAE; RIBEIRO FILHO, 2000).

#### ▪ **Tratamento da ferida cirúrgica**

O processo cicatricial é sistêmico e dinâmico e está diretamente relacionado às condições gerais do organismo dos clientes. A realização dos curativos deve seguir os princípios básicos de assepsia. Recomenda-se a utilização de técnicas assépticas, quando o cliente se encontra em ambiente hospitalar, e a técnica limpa, quando em ambiente domiciliar. Nas feridas com cicatrização em primeira intenção, por exemplo, nas incisões cirúrgicas secas, recomenda-se a simples limpeza com soro fisiológico (SF) a 0,9% e cobertura com gaze estéril (Op. cit., 2007).

## **2. A integridade da pele**

A integridade da pele prejudicada é definida como estado no qual um indivíduo

tem a epiderme e/ou derme alteradas, que é uma categoria comum a todos os clientes, relacionada a fatores mecânicos, secundários aos procedimentos cirúrgicos. Os clientes, após a alta hospitalar, tendem a ficar com a postura prejudicada, encontram dificuldades de elevar a parte superior do corpo, e os agentes anestésicos ocasionam depressão dos reflexos da tosse, deglutição e aumento da pressão intragástrica, que podem levar à aspiração de secreções, dificultando as trocas gasosas (NANDA, 2008).

Estas alterações na circulação sanguínea, ocasionadas pelos agentes anestésicos, interferem na vasodilatação e constrição normal dos vasos sanguíneos, assim reduzindo a perfusão sanguínea para as proeminências ósseas e as regiões que se encontram sob pressão; com isso, a pele pode ser lesionada por necrose dos tecidos, ocasionado a morte celular (FORTUNA, 2005).

### **3. Cuidados da pele**

A inadaptação dos clientes a um ou outro cuidado envolve o reconhecimento de singularidades que estão presentes na vida diária, hábitos que devem ser mudados em decorrência do processo da doença, e cuidados que demandam tempo, muitas vezes em longo prazo, razão pela qual sentem dificuldades, limitações, que os distanciam das atividades habituais.

Nos cuidados com a pele como ocorre durante o banho, os clientes expressam prudência, entendem que a higiene é necessária para prevenir infecções na pele, bem como, consideram que a higiene está associada à saúde e à doença, e ainda, que auxilia no alívio de algias resultantes da incisão cirúrgica, na recuperação e na promoção da saúde, como destacado nas entrevistas:

*(...) Tenho medo de esfregar a pele, está muito sensível, principalmente ao redor da cicatriz cirúrgica (...) (...) a minha cicatriz da cirurgia ficou muito irritada e inchada, precisei retornar ao hospital para abrir a pele, e saiu uma secreção amarelada.VL (Grupo nº1); MA (Grupo nº 2)*

*(...) tive que escolher, ou tomava banho, ou medicamento para dor, senti que as dores diminuía, após a tomada de analgésico, me senti confortável após o banho. CR (Grupo nº 3)*

Embora os clientes saibam que a higiene do corpo oferece conforto e previne doenças, às vezes deixam de realizá-la a contento por se sentirem cansados e limitados em seus movimentos, Sendo assim, ainda que debilitados, devem ser estimulados e/ou ajudados a realizar as atividades relacionadas à higiene corporal e à limpeza do ambiente.

Na opinião de Lima (2005, p.288), a higiene também está “diretamente relacionada às condições sócio-econômicas e culturais” que, se não forem adequadas, impedem a sua realização, conforme relatado:

*(...) sabia que tinha que tomar banho da cabeça todos os dias, mas a falta d'água por um período, o desânimo, me obrigou a tomar banho em dias alternados, estava obeso.OP (Grupo nº1)*

Apesar de cansativas, estas atividades precisam ser realizadas pelo cliente, cabendo-lhe fazê-las observando as próprias limitações físicas (NETTINA, 2007), até conseguir superá-las definitivamente. Os clientes obesos são os mais que desenvolvem infecções, principalmente nos períodos trans e pós operatórios.

#### **4. Cuidados Preventivos**

Após a cirurgia cardíaca, os clientes necessitam de cuidados preventivos diários, e também de esclarecimentos que satisfaçam suas dúvidas e seus anseios em relação à nova etapa do tratamento e suas eventuais complicações.

As hemorragias dependem da susceptibilidade individual, idade, intercorrências patológicas, interações medicamentosas, cirurgia e acidentes. Outros efeitos adversos ocasionais incluem a necrose e/ou gangrena de pele, cianose dos membros inferiores,

alopecia, náuseas, diarreia e reações de hipersensibilidade. O aparecimento destes efeitos implica na suspensão do fármaco e na sua substituição (MIYAMOTTO et al., 2004).

Certas situações clínicas como diarreia, desidratação, febre ou déficit de vitamina K, potencializam o efeito anticoagulante da warfarina, o que leva a uma rigorosa vigilância do estado clínico do cliente. A administração de warfarina está associada ao risco de complicações hemorrágicas. As hemorragias menores e os aumentos menores do tempo de protrombina respondem, em regra, a uma diminuição temporária da dose ou à supressão terapêutica por dois ou três dias. Em hemorragias graves, ou prolongamentos excessivos do tempo de protrombina, pode ser necessário recorrer a antagonistas dos anticoagulantes (vitamina K1 - fitomenadiona) ou a suporte transfusional com plasma ou sangue total (TURPIE; CHIN; LIP, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), os clientes devem ser estimulados para aderirem ao tratamento com anticoagulante oral, que são cuidados relacionados à administração (hora e o tipo de líquido para ingestão do medicamento), à dieta e às medicações, como explicitado a seguir.

O anticoagulante oral deve ser administrado com intervalo de uma hora após as refeições, se possível com suco de laranja, pois sua absorção é melhor em meio ácido (não deve ser administrado com leite). A dieta com base em verduras (folhas verdes) deve ser mantida, visto que a alimentação não deve ter grandes variações (é importante frisar, porque existe um significativo número de clientes vegetarianos). O uso de antiinflamatórios não hormonais predispõe a maior risco hemorrágico. É sugerido que o INR seja monitorado após uma semana da introdução de medicamento novo. Evitar o uso concomitante de antiagregantes plaquetários (ROMANO, 2006).

A prevenção de choques e de lesões na pele deve ser observada pelos clientes que fazem uso do anticoagulante oral. As orientações preventivas são relevantes, mas

também devem ser conscientizadoras, porque os clientes, quando inteirados de sua realidade, devem estar equilibrados clinicamente e em sintonia com os cuidados preconizados. A esse respeito, Freire (2005, p.26) afirma que “quanto mais conscientização, mais se desvela a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisar”.

A conscientização leva, sem dúvida, à reeducação de hábitos, pois o cliente, ainda que informado durante o período de hospitalização, não tem uma idéia precisa do quanto sua vida dependerá de medidas de controle em relação à própria saúde. Sendo assim, a reeducação de hábitos de vida precisa ser percebida por ele como uma oportunidade de aprender a se cuidar, conforme relatos a seguir:

*(...) Às vezes fico em dúvidas das medicações quanto aos horários, às dosagens, . esqueço de tomar ou levar para o meu trabalho, tenho hábito de tomar medicação somente em casa, será que vou me acostumar com as mudanças. WV (Grupo nº1)*

*(...) aprender hábitos diferentes, saber fazer de maneira diferente, coisas novas, para melhorar a minha saúde. FR (Grupo nº 2)*

*(...) conhecimentos novos para o desenvolvimento dos cuidados é uma boa oportunidade de aprender. EV (Grupo nº 3)*

Estas dúvidas, ligadas aos hábitos de vida ou crenças, são formas de questionar, interrogar a si mesmo se será possível fazer o cuidado de outra maneira, o que é confirmado por Collière (1999) ao explicar que a dúvida põe em causa uma crença, introduzindo a incerteza de uma maneira de ver, de compreender e depois, de proceder de maneira diferente. Todo conhecimento novo, ao integrar-se progressivamente nos hábitos de vida e nas maneiras de fazer, torna-se, por sua vez, em certeza, e por isso em crença.

De acordo com as necessidades do grupo de clientes do estudo, foram elaboradas



orientações para que o cliente e sua família se envolvam com a terapia proposta, conforme as indicações para o uso do anticoagulante oral (ACO), controle da dose do ACO, frequência com que deve ser feito o exame de tempo de atividade protrombina (TAP), uso de fitoterápicos e cuidados com as plantas medicinais, ingestão de bebidas alcoólicas, cuidados com a alimentação e os procedimentos em casos de cirurgia.

### **5. Cuidados com a terapia: anticoagulante oral**

A terapia medicamentosa com anticoagulante oral é considerada fator de segurança para o cliente, sendo necessária maior atenção à questão da adesão à medicação. É importante destacar que a baixa adesão aos medicamentos prescritos e, conseqüentemente, ao tratamento clínico proposto, gera impactos negativos em todos os aspectos dos cuidados à saúde, custos excessivos e subutilização dos recursos de tratamento disponíveis, além de sérias conseqüências aos clientes e um aumento de eventos negativos nas doenças crônicas (ESMERIO et al., 2009).

Inferese, portanto, que o conhecimento quanto ao uso do medicamento implica em diversos de cuidados de Enfermagem e deve ser reconhecido como um fator importante que implica na estabilidade e na eficácia do tratamento com a anticoagulação oral.

### **6. Fitoterápicos e plantas medicinais**

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou em 12 de março de 2010, a Resolução nº 89, para orientar o uso terapêutico das chamadas drogas vegetais, como erva cidreira e camomila, no alívio de sintomas de doenças de baixa gravidade. Entretanto, a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos tem aumentado nos últimos anos, principalmente, pelos clientes de doenças crônicas (ALEXANDRE et al., 2008).

Conforme o Artigo 10 da Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC-

nº 134 / 03), as plantas medicinais são aquelas capazes de aliviar ou curar enfermidades, e têm tradição de uso como remédio em determinada população ou comunidade. Para usá-las, é preciso conhecer a planta, saber onde colher e como prepará-la.

A portaria 971/MS/2006 define fitoterapia como uma “terapêutica” caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas ainda que de origem vegetal. Os fitoterápicos são medicamentos obtidos empregando-se exclusivamente de matéria-prima ativas. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade (ANVISA, 2007). Em 31 de março de 2010, a Resolução nº 14 da ANVISA regulamentou o registro de medicamentos fitoterápicos.

O uso de plantas medicinais pode interferir na coagulação normal e, por serem de fácil acesso à população, não necessitando de prescrição médica, as substâncias são ingeridos sem controle de posologia para as mais diversas doenças. Alerta-se que alguns chás feitos com ervas que contenham cumarina em quantidades suficientes, podem promover a ruptura da coagulação normal. O anticoagulante oral pode ser inibido pelo ginseng, e potencializado pela sálvia e pela angélica, ervas que possuem derivados cumarínicos que acabam por interferir nos níveis de INR (TONDATO, 2004).

O autor supracitado (Op.cit.) complementa informando que os produtos derivados do alho e da “gingko” podem inibir a agregação plaquetária, causando complicações hemorrágicas em clientes em uso ou não de terapia anticoagulante. Assim, durante as consultas, os clientes devem ser orientados sobre o uso destas substâncias, visto que, na maioria dos casos, a utilização de ervas medicinal é omitida pelos clientes.

Destaque deve também ser dado aos suplementos vitamínicos, geralmente ricos em vitamina K. Mas as vitaminas lipossolúveis A, D e E, em suplementos, se ingeridos

concomitantemente ao ACO, aumentam o risco de hemorragia, como informa Melchior (2004).

### **7. Os efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas**

O etanol é farmacologicamente usado como antisséptico, desinfetantes e veículo por fármacos; contido em alguns elixir em alta concentrações cuja dose para adultos pode produzir níveis séricos similares aos alcançados com a ingestão de um drinque de bebida alcoólica ( WANNMACHER, 2007).

No consumo agudo de álcool o metabolismo da warfarina é inibido, aumentando o risco de hemorragia devido à potenciação do efeito anticoagulante. Os clientes hepáticos controlados com warfarina, que ingerem grandes quantidades de álcool, poderão apresentar hiperanticoagulação. O consumo crônico excessivo de álcool: propicia a indução do metabolismo da warfarina, com redução do seu tempo de meia vida (DONELLI, 2004).

Os clientes, ao aderirem à terapêutica anticoagulante oral, deverão evitar ingerir grandes quantidades de álcool, devendo monitorizar a resposta hipoprotrombinêmica, se a ingesta alcoólica for excessiva. Também, os clientes alcoólicos necessitam de doses acima da média de warfarina, de forma a atingir-se o efeito terapêutico pretendido (Op. cit.)

### **8. Cuidados com a alimentação**

Grande parte dos clientes com implante de valva mitral mecânica, quando obtêm alta hospitalar para o domicílio, retorna na primeira avaliação clínica na companhia de familiares, solicitando orientações quanto à alimentação, mesmo tendo sido atendidos nesse sentido pelo Serviço de Nutrição, por ocasião da alta. Isto ocorre porque permanecem dúvidas quanto aos tipos de alimentos que podem ser inseridos nas

refeições, aos que já estão habituados a ingerir e aos que lhes darão “ânimo”, conforme o imaginário de cada um, deixando-os melhor nutridos, como relatou um entrevistado:

*(...) Estou muito enfraquecido, não tenho vontade de me alimentar... nem o que gostava, sinto que preciso de um alimento que vai me dar ânimo. CR (Grupo nº 1)*

A família, por sua vez, sugere que o cliente volte a ser hospitalizado alegando que a fraqueza só vai ser curada se ele “tomar soro”. Na verdade, em decorrência do tipo de cirurgia a que foi submetido, é natural que o cliente ainda esteja enfraquecido, emagrecido, desidratado, com a voz baixa, palidez acentuada e deambulando com limitações. Neste momento, as orientações sobre os alimentos a serem consumidos devem ser ampliadas e reforçadas, ressaltando-se que não deve haver exagero na quantidade de alimentos, mas que a alimentação deve ser saudável, ou seja, aquela que atenda às necessidades nutricionais de cada cliente, com ingestão de alimentos de qualidade, em quantidades suficientes para manutenção de um peso corpóreo adequado.

Portanto, a alimentação deve se ajustar ao gosto e à personalidade do cliente, às tradições familiares e culturais, ao estilo de vida e ao orçamento. Refeições bem planejadas transmitem prazer e devem ser nutritivas (MENDONÇA, 2007).

- **Cuidados na escolha dos alimentos**

Biederman e Carvalho (2005) recomendam uma ingestão constante de alimentos que contenham derivados cumarínicos, evitando grandes variações diárias, visto que estes alimentos possuem também outros componentes importantes para a dieta. Os clientes devem ser orientados pelos profissionais de saúde sobre quais alimentos são ricos em vitamina K, e quais deles devem ser evitados ou moderadamente consumidos, bem como informados sobre a utilização de suplementos que contenham vitamina A, D e E, além da utilização crônica de álcool.

É importante a manutenção de uma dieta equilibrada e constante em seus componentes para que não haja interferência nessa terapia. Entretanto, existem fatores como a ingestão aumentada de alimentos ricos em vitamina K (brócolis, alface, couve flor, aspargo, nabo, repolho, agrião, fígado de boi), os quais fazem com que ocorra a diminuição da ação do anticoagulante, promovendo a síntese dos fatores de coagulação dependentes da vitamina K. As dietas gordurosas também diminuem a absorção da vitamina K.

### **9. Cuidados para a realização de procedimentos cirúrgicos**

A assistência aos clientes em uso de anticoagulantes no perioperatório depende do risco de apresentar eventos tromboembólicos ao descontinuar o anticoagulante, e de sangramento. A anticoagulação nesta condição está associada a um aumento de 3% de sangramentos graves. Há consenso de que INR <1,5 não está associado a sangramento no perioperatório, sendo importante um ajuste adequado da anticoagulação para evitar eventos trombóticos e hemorrágicos (CARAMELLI, 2007).

Os clientes com implante de próteses valvares cardíacas devem receber profilaxia para endocardite infecciosa, e aqueles com prótese mecânica merecem atenção especial em relação à anticoagulação. Devido à possibilidade de sangramento pelo uso de anticoagulantes e antiagregantes, recomenda-se para a realização de procedimentos cirúrgicos de porte médio ou grande, a suspensão prévia por pelo menos cinco dias, da terapia anticoagulante (Op. cit.).

#### **▪ Procedimentos odontológicos em clientes em uso de anticoagulantes**

O cliente com o índice normatizado internacional (INR) abaixo de 3,0 pode ser submetido a qualquer tipo de tratamento odontológico pouco traumático (extração dentária simples ou múltipla, alveoloplastia, biópsia, frenectomia), sem suspensão do anticoagulante, desde que os recursos hemostáticos sejam utilizados (Op.cit).

O conhecimento dos clientes quanto aos cuidados fica evidente quando motivados e interessados em determinada situação de cuidado, desejosos do resultado positivo imediato, conscientização nos hábitos de cuidar ou corrigir efeitos proporcionados pelo desequilíbrio da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos diversos modos de cuidar em Cardiologia, dentre as inúmeras cardiopatias crônicas e agudas, enfoquei o estudo nos clientes que se submeteram ao implante de valva mitral mecânica. Habitualmente, estas cardiopatias levam à incapacitação das atividades, principalmente as laborativas.

Entretanto, as valvopatias, em especial, quando tratadas cirurgicamente, podem alterar a evolução da história natural da doença, modificando o estado clínico do cliente, com acompanhamento cardiológico regular e observância das orientações de Enfermagem, propiciando melhor qualidade de vida a partir das mudanças de hábitos de cuidar no cotidiano, levando em conta comportamentos, crenças e atitudes.

A tarefa de elaboração das orientações de Enfermagem exige a interface de conhecimentos com as ciências biológicas, exatas, sociais e humanas e, ainda, um saber construído para que os clientes aprendam e sintam-se capazes de aplicá-lo e integrá-lo às necessidades e situações de cuidados diários.

A tese é uma tecnologia de aprimoramento do cuidado de Enfermagem que possibilita um novo aprendizado dos conhecimentos empírico, estético, pessoal e ético, propiciando a aprendizagem de um cuidar em que cada um destes conhecimentos tornam-se partes integrantes do cenário apresentado.

Para os clientes, a importância dos cuidados de Enfermagem e de como o vivenciam, deve-se à respectiva visão de mundo: uns valorizam o equilíbrio total do corpo; outros valorizam as etapas que vivenciam, e outros, apenas as coisas.

O estudo revelou que cada cliente identifica os tipos de cuidados de Enfermagem que precisa quando se confronta com a realidade que vivencia; então, procura dispor dos conhecimentos oferecidos no conteúdo da Agenda de Cuidados, agrega aos que já

possui, compara as diferentes realidades dos cuidados habituais e de reparação, assim moldando um saber diferenciado de acordo com as suas necessidades.

Por isso, a pesquisadora optou por confeccionar um instrumento de cuidados a partir da Agenda de Cuidados, um saber ajustado à realidade, destacando aqueles cuidados mais solicitados pelos clientes devido à insegurança e às dúvidas em relação ao saber fazer no cotidiano, na fase após o implante de valva mitral mecânica.

Com o início do ciclo de dificuldades e limitações, o cliente vivencia e experimenta novidades; reconhece que existem etapas a serem superadas para que possa criar hábitos de cuidar, incomuns à sua rotina. Diante deste fato, obriga-se a mudar, entende que existe relação entre o sentir-se bem e o desenvolvimento de hábitos de cuidar; finalmente, descobre que o novo conhecimento é um aprendizado que pode ajudá-lo a solucionar os problemas vivenciados.

A tese foi comprovada à medida que os clientes souberam minimizar e identificar as situações de cuidados, trocaram idéias, refletiram, duvidaram, aguardaram os efeitos, descreveram a rotina, construíram e desconstruíram o cotidiano, sempre buscando maneiras de nele inserir novos hábitos de cuidar.

Os princípios dos cuidados de Enfermagem de ensinar, aprender e fazer, a busca de resultados com efeitos positivos sentidos diariamente, contribui para o exercício do pensar e refletir, que necessita comprometimento e coerência com a realidade vivenciada, com ênfase nas necessidades de cuidados.

Com estas observações, confirmo a Tese de que os clientes desenvolvem com mais atenção os hábitos de cuidar quando dispõem de informações de saúde e orientações de Enfermagem que levam a uma ação educativa, visando a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde.

Este aprendizado foi facilitado a partir destas informações de saúde e orientações



de Enfermagem implementadas para situações de cuidados dos clientes que tendem a aprender quando vivenciam problemas de saúde no dia a dia, visando adequar os hábitos cotidianos às situações em que estão envolvidos, cada cliente agregando estes cuidados ao próprio contexto de vida.

O uso de tecnologia para o cuidado de Enfermagem para clientes com implante de valva cardíaca mitral mecânica se estabelece quando há uma mediação da racionalidade com o desenvolvimento de técnicas, procedimentos e subjetividade, com base em conhecimento, sensibilidade, criatividade e intuição de quem presta o cuidado. Desta forma, a busca de evidências dos resultados das práticas cotidianas, bem como a importância da realização destes cuidados, fortalecem e qualificam as ações, produzindo os efeitos desejados na vida de cada cliente.

O conhecimento das tecnologias do cuidado de Enfermagem contribui para reinserir o cliente na vida cotidiana, seja pela restituição da sua autonomia ou pela identificação de quaisquer problemas que interferem no aprendizado, como recriação e readaptação para o aprimoramento destes cuidados visando a eficácia do ensino de modo permanente adequando à vida cotidiana.

A abordagem etnometodológica permitiu analisar como os elementos constituintes surgiram nesta investigação, e como são necessários para a identificação dos etnométodos característicos desta abordagem sociológica. Assim, elementos como a reflexividade, indexicalidade ou indicialidade, descritibilidade, noção de membro e filiação são descritos a seguir.

A reflexividade, neste estudo, significando a ordem social existente nos grupos, foi entendida através dos clientes, cujas regras foram aprimoradas de acordo com o anseio e as atividades práticas, assim possibilitando a descrição do social como partes constitutivas daquilo que descreveram.

As atividades da vida diária, como as situações de cuidado, elaboradas e dirigidas pelos membros do grupo, mostraram-se idênticas aos comportamentos adotados por eles para tornar descritíveis tais atividades.

A indexicalidade ou indicialidade, formada a partir das expressões indexicais originada nos diálogos e falas dos clientes, foram consideradas claras e o seu significado, evidenciadas no contexto em que surgiram. Sendo assim, tornou-se necessário apresentar essas expressões, a frequência com que apareceram e sua associação, como citado nos exemplos viver/vital/bem estar/confortável saúde/saudável.

Estas palavras encontram-se associadas a situação de cuidados, quando afirmam que necessitam viver, e o cuidado é vital para o bem-estar e para sentir-se confortado e saudável. Motivação/ motivado; informações de saúde/ informado; cuidados de Enfermagem/bem estar; prevenção/ preventivo; detalhes/detalhado.

As palavras indexicais, para o grupo de clientes, descreveram que a motivação esteve presente em todos os dias, e que as informações de saúde, bem como as orientações de Enfermagem devem ser detalhadas, pois trazem bem-estar quando há prevenção, resultando em construir ou desconstruir hábitos para atender a uma determinada situação de cuidado.

A noção de membro e filiação foi relacionada na Categoria Analítica “O cuidar e os tipos de cuidados de Enfermagem de clientes no cotidiano, em que os três grupos quando submetidos às interações sociais, expressam, compreendem e identificam uma linguagem própria, habitual do cuidar no cotidiano.

Os cuidados de Enfermagem para o bem estar do cliente contribuíram para que estes grupos de clientes se apropriassem da linguagem das atividades cotidianas de cuidados, e assim iniciassem um processo de filiação, expressando as competências necessárias à manutenção e compreensão da ordem social no Ambulatório.

A descritibilidade foi constituída da realidade e da sua descrição, isto é, as situações de cuidado, os diálogos e as falas a respeito, notando-se que as circunstâncias práticas do cotidiano não se diferenciaram. Deste modo, a descritibilidade apresentou-se como racional porque foi produzida, tornando as atividades práticas e as situações de cuidado inteligíveis, descritas e avaliadas pela sua racionalidade; e como reflexivas, permitiram que fossem descritas durante as entrevistas, quando os clientes expressaram as características das situações de cuidado como parte das próprias atividades.

Por fim, a descritibilidade instalou-se quando cada grupo de clientes apresentou-se organizadamente, expressando o que queriam significar uns para os outros, permitindo o estabelecimento da ordem social e exigindo esforços para que os resultados das orientações de Enfermagem levassem ao bem-estar e a uma vida saudável.

Assim, o desvelamento dos hábitos de cuidar no cotidiano só foi permitido com a abordagem etnometodológica, quando os clientes com implante de valva mitral mecânica demonstraram mudanças no comportamento em relação ao cuidar, e reconheceram que tudo o que vivenciam é comum a todos e pode ser partilhado visando a solução de problemas.

A etnometodologia focou o cliente na identificação do cuidado, percebendo as nuances, as situações diferenciadas da doença e do cuidado no dia a dia de maneira peculiar, dentro dos limites, trazendo o que se busca para uma vida equilibrada.

O aguardar a chegada dos clientes diariamente no Ambulatório de Cardiologia é uma prática habitual que visa conhecê-los, criando confiança e respeito mútuo que favoreça a elaboração de uma rotina de cuidado diário de fácil entendimento, que pode ser inserida espontaneamente na vida habitual, assegurando o processo de aprendizado para a solução de problemas.

A propósito, a prática cotidiana é o núcleo deste cuidado de Enfermagem, e

dentro deste processo de ensinar, aprender e fazer, o cliente se envolve nas próprias necessidades e na busca de novas maneiras de cuidar.

Na busca por maneiras de cuidar, ficou evidente que a finalidade maior é o bem estar, e só faz sentido quando solucionam problemas ou aprendem a lidar com eles, abrangendo a relação com o contexto de vida social, cultural, de crenças, atitudes e comportamento expressados na trama da vida de cada um.

Nesta perspectiva, a aplicação de conhecimentos acerca das maneiras de cuidar passa a compor o cotidiano, e o cliente enfrenta situações que o levam ao desejo de conhecer e aprender, sentindo-se motivados para solucionar problemas, mesmo com sentimentos ambíguos, ora de medo, insegurança, tristeza, ora de alegria, felicidade e bem-estar, decorrentes das mudanças que começam ser incorporadas na vida diária.

Neste caminho, a afirmativa é de que os hábitos de um novo cuidar ou cuidados emergentes tornam-se, de fato, habituais para o cliente quando despertam sua motivação, seja pelo desejo de sentir-se saudável ou pela necessidade de cuidados.

Desta forma, o cliente se depara com o impacto das mudanças, fator que influencia a aquisição de hábitos, e com isso, passa a observar, duvidar, rejeitar, valorizar, entender as limitações e perceber que o sentido das mudanças pode ter efeitos positivos a partir de uma nova maneira de cuidar. Todavia, este processo depende de um movimento de mudanças física, cognitiva e emocional, da aplicação de conhecimentos e análise da realidade e das coisas essenciais que lhe trazem condições para uma vida saudável.

Enfim, reafirmo que o próprio cliente sabe de si, da vida, dos limites e possibilidades, percebe até que ponto é capaz de ir se apropriando das orientações de Enfermagem, com rejeição ou conformismo, enfrentando situações de cuidados que exigirão observações, capacidade de decisão e iniciativas que, em muitos momentos,

irão se confrontar diante da decisão adotada, pois nem sempre o que toma para si de mais essencial para a própria saúde é prioritário diante uma situação de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

As Categorias Empíricas e Analíticas desvelaram que a prioridade dos clientes é viver com conforto e bem estar, necessitando de motivação, informações de saúde e orientações de cuidados de Enfermagem. Para tanto, recriam o cotidiano conforme as possibilidades e necessidades de cuidados que podem ser executados de maneira simples, ainda que não sejam sistematizados.

Estudar os hábitos de cuidar no cotidiano com base no aprendizado dos clientes sobre seus cuidados, permitiu entender um pouco da vida e das ações habituais de cuidado de cada um. Por isso, considerando o fenômeno, vale afirmar que lacunas do conhecimento foram preenchidas; houve conscientização a respeito dos conhecimentos, as circunstâncias de cada necessidade de cuidados implicando nos mais diferenciados aprendizados, como se deu este conhecimento e o que os levou a incorporá-lo na vida habitual. Um verdadeiro ciclo do aprender e do ensinar e vice-versa, que faz parte da vida de todos nós, uma abordagem pronta para aplicação de novos conceitos e idéias na assistência ao cliente.

### **Recomendações e Limitação**

Com respaldo nos pressupostos e conceitos citados ao longo do texto, os conhecimentos adquiridos, aplicam-se para o (re)conhecimento dos hábitos de cuidar no cotidiano, permitindo que outras pesquisas de Enfermagem ampliem questionamentos acerca de novas alternativas de tecnologias e recursos metodológicos com a finalidade de melhorar o entendimento para o cliente. Acrescente-se que é necessário investir em tecnologias do cuidado para aplicação na prática, despertando a motivação para que aceitem mudanças no desenvolvimento de cuidados, tornando-os habituais.

Que os clientes, através do ensino e do aprendizado das ações de cuidados, sejam incentivados a sinalizar diariamente os efeitos dos cuidados sobre a recuperação, trocando experiências e opiniões para que contribuam na reelaboração das maneiras de cuidar.

Que a abordagem do tipo de cuidar dos clientes favoreça a análise de instrumentos de cuidados de Enfermagem, em diferentes contextos, considerando que a escolha dos cuidados constantes da Agenda favoreceu a reflexão e proporcionou visibilidade ao fenômeno.

Dentre outras, que sejam utilizadas diferentes tecnologias para escolha dos grupos de clientes que suscitou a reorganização e o refinamento dos cuidados, motivando o aprofundamento da temática em busca de novos conhecimentos.

A limitação ficou evidenciada no foco do estudo, direcionado somente para uma instituição pública. Ressalta-se, porém, que os dados não podem ser comparados com os de outra instituição, seja ela pública ou particular.

### **A materialização da idéia da Tese**

A partir destes conhecimentos, entendo que os hábitos de cuidar cotidianos, aprendidos e construídos pelos clientes, decorrem de ensinamentos produzidos pelo conhecimento científico, das reflexões do cliente e do seu contexto de vida, tornando-se por isso mesmo, um saber diferenciado. São hábitos ligados à dinâmica do dia a dia, ao ritmo de vida, às experiências, ao comprometimento com a saúde, com as informações e orientações de Enfermagem, levando em conta o processo saúde/adoecimento e os aspectos que visam o planejamento dos cuidados.

Para a organização dos cuidados de Enfermagem, já idealizando a materialização de um produto da tese, observei o que os clientes solicitavam no cotidiano para o alcance de efeitos positivos, mediante desenvolvimento dos cuidados indispensáveis em

decorrência das limitações existentes. Também ficou claro que sabiam diferenciar as situações que mais exigiam conhecimentos, habilidades para lidar com as necessidades e o cuidado correspondente.

Diante deste entendimento, a idéia da tese materializou-se na forma de refinamento dos cuidados de Enfermagem, cabendo aos clientes apresentarem dúvidas na vida diária para desenvolvê-los a contento no período pós-hospitalização. Assim, as necessidades de cuidados vivenciados pelos clientes foram identificadas, discutidas, analisados e aprimoradas intencionalmente, a partir da Agenda de Cuidados.

À medida que foram surgindo as etapas deste processo de materialização, os três objetivos da tese foram contemplados obedecendo ao tema relacionado, elucidando o fenômeno e apreendendo conhecimentos.

Inicialmente, o produto da tese seria um arquivo com fichas em papel cartão plastificado, com descrição dos cuidados de Enfermagem, identificado pelas iniciais do cuidado correspondente (exemplos: letra C - cicatriz cirúrgica, letra M- medicações). As fichas deveriam ser fornecidas aos clientes quando comparecessem ao Ambulatório, solicitando orientações. Caso contrário, ficariam arquivadas para utilização futura junto a outros clientes.

O material previa a descrição detalhada dos cuidados: higiene corporal (incluindo a cicatriz cirúrgica), dietas alimentares, atividades físicas, de lazer, laborais e sexuais, aprazamentos das medicações, observações de sinais e/ou sintomas, interações medicamentosas, procedimentos cirúrgicos ou outro tipo de cuidado solicitado pelo cliente.

Entretanto, à medida que os Capítulos eram aprofundados, mais conhecimentos a respeito dos grupos de clientes eram obtidos; surgiram dados adicionais na abordagem dos clientes acerca das suas necessidades. Assim, foram previstas diferentes

modalidades de produzir os cuidados, levando em consideração a relação com o cuidar e os cuidados de Enfermagem, as novas tecnologias, o processo saúde-doença e seus determinantes para o cliente enfermo hospitalizado e re-internado várias vezes com doenças crônicas ou agudas, no sentido de criar produtos a partir destes cuidados.

A criação do produto, de fácil acesso via DVD com duração de oito minutos, aborda os cuidados de forma mais ampliada, utilizando conteúdos e ilustrações existentes na Agenda de Cuidados e outros mais recentes, que foram acrescentados atendendo às expectativas dos grupos de clientes, causando o mesmo impacto positivo da tese no campo de pesquisa.

Este impacto na instituição hospitalar, ao longo dos três últimos anos, corrobora as orientações do Ministério da Saúde em relação ao nível terciário de assistência, tendo em vista a reestruturação dos serviços de saúde que está sendo realizada pelo Departamento de Gestão Hospitalar e Planejamento de Qualidade dos Serviços, atingindo desde as instâncias administrativas até a própria assistência de saúde. O objetivo principal é o perfil do cliente e a assistência prestada, levando em consideração a responsabilidade, o compromisso e a capacidade de cada profissional envolvido nesse atendimento.

Para dar início às reestruturações, o Ambulatório de Cardiologia foi escolhido como piloto. Sendo enfermeira deste setor há três anos, em agosto de 2008 fui convidada pelas chefias do Departamento de Gestão Hospitalar, pertencente à Secretaria do Ministério da Saúde (RJ) e da Equipe de profissionais da Divisão Médica do próprio hospital, para participar de reuniões semanais sobre o assunto, na Divisão Médica, às quintas-feiras, junto com uma equipe multiprofissional do próprio hospital e outra, formada por técnicos do Ministério da Saúde.

A partir daí, começaram as discussões acerca do fluxograma da porta de acesso de



clientes ao Ambulatório de Cardiologia, do perfil do cliente, do agendamento de consultas, dos problemas de saúde dos clientes, que podem ter vários desdobramentos, a exemplo de falta de adesão ao tratamento pelo alto custo dos medicamentos, seguimento irregular ao tratamento e intervalos prolongados entre as consultas. Também, foram abordados a elaboração dos protocolos assistenciais e o treinamento e habilitação dos profissionais para tratamento assistencial específico, como no caso da dor torácica.

As reuniões tiveram desdobramentos quanto às atribuições dos profissionais, aos protocolos de atendimentos, ao treinamento entre as equipes dos Serviços de Cardiologia e Plantão Geral em relação ao atendimento específico da dor torácica e das equipes de Cardiologia e de Anestesia em relação à avaliação cardiológica pré-operatória.

Assim, foi traçado um fluxograma desde a porta de acesso do cliente no Ambulatório de Cardiologia, para apreciação e aprovação dos profissionais. Com este propósito, surgiram contribuições esclarecedoras e relevantes, principalmente de Cardiologistas que se dispuseram a dar opiniões, esclarecendo as especialidades e subespecialidades da Cardiologia, dando uma visão clara da assistência do cliente nesse fluxo.

Esta equipe multiprofissional expôs questões relacionadas com as suas áreas específicas, preocupada com o fluxo dos clientes e a qualidade da assistência, e como faço parte desta grande equipe, tive o cuidado de identificar os clientes e o fluxo assistencial, como relatado anteriormente.

Portanto, o tema *hábitos de cuidar no cotidiano dos clientes* emergiu do refinamento dos cuidados de Enfermagem; da Agenda de Cuidados, do material digital; das mudanças organizacionais do Serviço de Cardiologia/Hospital dos Servidores do Estado/ Ministério da Saúde (Projeto de Gestão Hospitalar). Como destaque, é válido afirmar que este Projeto de Gestão Hospitalar possibilitou conhecer e caracterizar os

Grupos de clientes participantes deste estudo.

Também, foram traçados critérios sobre o uso do material com os clientes do Grupo nº 1 - Agenda e DVD, e dos Grupos nºs 2 e 3 - inicialmente, apenas com a Agenda de Cuidados. Estes critérios estão de acordo com o tempo de hospitalização, visto que os clientes do primeiro Grupo permanecem menos tempo hospitalizados, retornando dentro de 07 dias para a primeira consulta; enquanto os dos outros dois Grupos permanecem mais tempo hospitalizados e retornam ao ambulatório após 07 a 15 dias para primeira consulta, demonstrando que saem da hospitalização mais conscientizados dos cuidados que devem ser realizados.

A abordagem etnometodológica, através dos elementos constituintes, revelou seis cuidados de Enfermagem mais solicitados pelos clientes em termos de orientações, que foram objeto de análise os resultados do estudo. Isto se deu porque, embora os clientes demonstrassem anseios, expectativas e dúvidas, também queriam efeitos positivos na realização destes cuidados, através de conhecimentos mais aprofundados, justificando a constante busca de maneiras de cuidar, pois, conhecendo o próprio corpo, poderiam distinguir o que julgassem normalidade ou anormalidade.

Além de conhecimentos a respeito do próprio corpo, os clientes aprendem cuidados que envolvem avaliações clínicas, exames diagnósticos, dieta alimentar, atividades físicas e laborais e lazer, dentre outros, e também como propiciar um ambiente limpo e confortável para se sentirem à vontade nesta nova etapa de vida.

Sendo assim, é importante que este ambiente esteja ajustado (um espaço aconchegante e apoio da família) para que o desenvolvimento das ações de cuidados proporcione segurança quanto às informações à saúde, orientações de cuidados de Enfermagem e de ações educativas.

Para a construção digitalizada dos cuidados de Enfermagem, os clientes

escolheram as orientações de Enfermagem cuidados que deveriam ser esclarecidos e inovados em detalhes considerados insuficientemente, observados e explorados de acordo com o tipo de cuidado exigido pela situação a ser atendida. As temáticas foram aprofundadas, refinadas e submetidas à opinião dos clientes. Após aceitação dos conteúdos e das novas abordagens sobre as maneiras de realização do cuidado, foram elaboradas para apresentação sob a forma de slides, respeitando o tempo de leitura, visualização e entendimento de cada assunto por parte dos clientes.

A utilização digital dos cuidados de Enfermagem inclui recursos metodológicos e tecnológicos. Como produto, instiga a realização de novos projetos de pesquisa, possibilitando a aplicação e replicação de saberes sobre a maneira de cuidar, permitindo aos clientes o questionamento permanente dos conteúdos ensinados e aprendidos, e o reconhecimento de novas aprendizagens, identificadas, discutidas e aprimoradas para o fornecimento de base teórico-prática de Enfermagem.

Os dados confirmam que o dinamismo, a complexidade das ações de cuidados, a motivação dos clientes e da pesquisadora possibilitam novos empreendimentos no sentido de idealizar abordagens de conteúdos inovadoras que permitam maneiras de conhecer, saber e praticar o cuidado adequado na vida diária, sempre reforçando a importância vital de conhecer a realidade dos clientes, suas limitações e potencialidades para articular saberes, elaborando estratégias viáveis a serem incorporadas e implementadas no cotidiano do cuidar em saúde de cada cliente.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.J.B.; NORIEGA, J.AV.; MARTINS, C.R. Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicol. Am. Lat.* México, n.13, jul., 2008.
- ALEXANDRE, R. F.; BAGATINI, F.; SIMOES, C. M. O.. Potenciais interações entre fármacos e produtos à base de valeriana ou alho. *Rev. bras. farmacogn.*, João Pessoa, v. 18, n. 3, set., 2008.
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à epidemiologia moderna. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, J. R.; ELIAS, E. T.; MAGALHÃES, M. A. Efeito da idade sobre a qualidade de vida e saúde dos catadores de materiais recicláveis de uma associação em Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n.6, p.2169-2179, 2009.
- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA JSY. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES, V.A.J. Febre reumática com enfoque em doença cardíaca reumática. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Sul, 2007.
- AMBROZIN, A.R.P; CATANEO, A.J.M. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, v. 20, n. 4, p. 408-415, 2005.
- ANDERS, J.C.; SOUZA, A.I.J. Crianças e adolescentes sobreviventes ao câncer: desafios e possibilidades. *Cienc Cuid Saúde*, v.8, n.1, p. 131-134, 2009.
- ANDRADE, J.P e cols. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. *Arq Bras Cardiol.*, v. 93, n. 3, supl. 4, p. 1-18, 2009
- ANDRADE. P.J. A Especificidade no cuidado: Ações do enfermeiro no transoperatório de cirurgia cardíaca. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.
- APOSTOLO, J.L.A.; VIVEIROS, C.S.C.; NUNES, H.I.R. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.15, n.4, p.575-582, 2007.
- ARANTES, S.L.; MAMEDE, M.V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n. 1, 2003.

ARAÚJO, S.T.C. Os sentidos corporais dos estudantes no aprendizado da comunicação não verbal do cliente na recepção pré-operatória: uma semiologia da expressão através da Sociopoética. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2000.

ARCÊNCIO, L.; RODRIGUES, A. J.; ÉVORA, P.R.B. Cuidados pré e pós-operatórios em cirurgia cardiotorácica: uma abordagem fisioterapêutica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, São José do Rio Preto, v. 23, n. 3, jul./ set. 2008.

AYRES, J.R.C.M. *Tão longe, tão perto*: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. *Anais do 7º encontro de pesquisadores em saúde mental e 6º encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica*, São Paulo, p.13-28, mar. 2002.

AZEVEDO, R.V.M.; MORETÃO, D.I.C. Prevenção de acidente vascular cerebral em pacientes portadores de cardiopatia. *Interseção*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 82-90, abr. 2008.

BARAÚNA, T. *Criatividade*: uma necessidade para a Enfermagem. *Revista Nursing*, v.33, n. 4, p.8-9, 2001.

BARBOSA, M.M. Endocardite Infeciosa: Perfil Clínico em Evolução. *Arq. Bras. de Cardiol*, v. 83, n. 3, set. 2004.

BARBOSA, P.J.B.; MULLE, R.E; LATADO, A. L. et AL. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. *Arq Bras Cardiol*. V.3, n.3, supl. 4, p. 1-18, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M. *Análise de conteúdo clássica*: uma revisão. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2003.

BAUER, M. W. ; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

BEAR, M. *Neurociências*: desvendando o sistema nervoso. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BIEDERMAN, F.A; CARVALHO, A.R.S. *Uso de Anticoagulantes Orais*: Atenção especial com a nutrição. Seminário Estado Nacional e Políticas Sociais no Brasil, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2005.

BELLATO, R.; PEREIRA, W.R.; MARUYAMA, S.A.T. A convergência do cuidado, educação e politicidade: Um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. *Texto & contexto-enfermagem*, v.15, n. 2, p. 334-342, 2006.

BERARDINELLI, L.M.M. Gestos de Cuidado em Enfermagem. Estudo Interdisciplinar Através de Imagens. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2003.

BLACHER, C.; CAVALHEIRO, M.B.F.; GUENKA, L.C. Próteses valvares cardíacas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIV*, n. 5, mai/jun/jul/ago., 2005.

BOGOSSIAN, L. *Manual de pré e pós-operatório*. 2. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2007.

BONOW, R.O; CARABELLO, B.A; KANUR, C. et. al. Surgeons Circulation. American College of Cardiology; American Heart Association; Task Force on Practice Guidelines Society of Cardiovascular Anesthesiologists; Society for Cardiovascular Angiography and Interventions; Society of Thoracic Surgeons, v,114, p. 84- 231, 2006.

BOSCHCO, M. D.; MANTOVANI, M. F. As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento *Cienc Cuid Saúde*, v. 6, n. 4, p. 463-470, out./ dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Resolução-RDC nº 14 de 31/03/2010*. Política Nacional de Plantas Medicinais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato, v.1, p.145, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. 2003. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 22/01 /2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. II Relatório de Gestão do Exercício Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, 2009.

BRAUNWALD, E. Valvopatias. In: BRAUNWALD, E. *Tratado de Medicina cardiovascular*. 15. ed. São Paulo: Roca, 2002.

BRAUNWALD, E. ; GOLDMAN, L.. *Cardiologia na clínica geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRUM, A.K.R. O cuidar da enfermagem na Unidade Coronariana: Um estudo de cunho etnometodológico sobre as interações existentes entre os profissionais de enfermagem e o idoso. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

BRUNNER, L.S. & Suddarth, D.S. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

BUBER, M. *Eu e tu*. 5. ed. São Paulo (SP): Moraes; 1982

\_\_\_\_\_. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

BUSS, P M. *O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

\_\_\_\_\_. *Uma introdução ao conceito de promoção da saúde*. IN: Czeresnia, D. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CALISTRO, C; POVOA, S; CARRIÇO; F; et. al.. Comparação de valores de INR obtidos por método convencional e metodologia de Point of-care. *Boletim da SPHM*, v. 20, n.4, p. 20-7, 2005.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

CARAMELLI, B. et al . I Diretriz de Avaliação Perioperatória. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 88, n. 5, mai. 2007.

CARPENITO, L. J. *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 10 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005.

CARPER, B.A. Fundamental partens of knouwing in nursing. *Advances in Nursing Science*, v. 1, n. 1, p. 13-24, 1978.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, p.17-21, nov.1986 [Acesso 27/01/2010] Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

CASTRO, E.A.B.; CAMARGO, J. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.2075-2088, 2008.

CAVALCANTI, A.C.D. O cotidiano do cuidar de enfermagem em cirurgia cardíaca: a interação como ferramenta do cuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2002.

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

CAVALCANTI, C.L.; CAVALCANTI, L.C.; GONÇALVES, M.C. Programa de Intervenção Nutricional Associado à Atividade Física: Discurso de Idosas Obesas Universidade Federal da Paraíba Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição. *Revista Ciência & Saúde*, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Healthcare Safety Network (NHSN) Disponível [http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN\\_Manual\\_Patient\\_Safety\\_Protocol\\_CURRENT.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nhsn/NHSN_Manual_Patient_Safety_Protocol_CURRENT.pdf). Atlanta, 2009 Acesso em jul. 2008.

CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1999.

CERVO A. L.; BERVIAN P. A. *Metodologia científica*. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CIANCIARULLO, T. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência*. SP: Atheneu, 2003.

COELHO, M. J. Os bastidores da assistência: o cliente em risco de vida e a enfermagem. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1991.

\_\_\_\_\_. Maneiras de Cuidar em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.*, v. 59, n. 6, p. 745-51, nov-dez. 2006.

\_\_\_\_\_. O cotidiano de cuidar em enfermagem: a tessitura dos cuidados. Rio de Janeiro, 2007. (cópia xerografada)

\_\_\_\_\_. Produto do Cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n. 6, p. 919- 22 nov./ dez. 2009.

COELHO, M. J.; FIGUEIREDO, N. M A; CARVALHO, V. *O socorro, o socorrido e o socorrer: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência*. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. *Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault*. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 3. ed. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 272 / 2002, de 27 de agosto 2002. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem de Enfermagem-SAE- nas Instituições de Saúde Brasileiras*. Belo Horizonte, 2003, v. 9, n.1, p.81-83, set. 2003.

COULON, A. *A escola de Chicago*. São Paulo: Papyrus, 1995.

\_\_\_\_\_. *A Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. *Etnometodologia e educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.



CRUZALEGUI, M. D.P.G. Estilo de Cuidar em Enfermagem para o Cliente com crise asmática aguda atendido na Unidade de Emergência do Hospital Belén de Trujillo-Perú. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2003.

DANTAS, R.A.S.; AGUILLAR, O.M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista Latino-Am de Enferm, Ribeirão Preto*, v. 9, n. 6, 2001.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. 2ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde. p. 5-9, abr.1988. [Acesso 27/01/2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. p.6-12, set.1978. [Acesso 27/01/2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. 3ª Conferência Internacional de promoção da saúde. p.9-15, jun.1991. [Acesso 27/01/2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>

DELL ACQUA, M.C.Q.; MIYADAHIRA, A.M.K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 185-191, mar./abr. 2002.

DONELLI, M.A. *Adv Drug React Bull*, v.1, n.4, p. 226, 2004.

DU GAS, B.W. *Enfermagem prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DUTRA, C.M.P. Agenda de Cuidados: o cuidar e os cuidados cotidianos de clientes com implante de valva mitral. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

DUTRA, C.M.P; COELHO, M.J. Implante de valva mitral mecânica: reflexões para o cuidar e os cuidados de clientes após a alta hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n.2, p. 309-315, ago., 2006.

DUTRA, C.M.P; COELHO, M. J. Tempo de cicatrização do coração: o cuidar e os cuidados do cliente para superar as dificuldades após cirurgia cardíaca. *Revista Eletrônica Enfermería Global*, n 12, p. 1-10, 2008.

DUTRA, C.M.P; COELHO, M. J. Agenda de Cuidados: o cuidar e os cuidados cotidianos de clientes com implante de valva mitral. *Rev Eletrônica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás*, v. 10, n 2, p. 544-545, 2008.

DUTRA, C.M.P; COELHO, M. J. Os tipos de cuidar no ambulatório de cardiologia. *Rev Enfermería Global*, 2010 (prelo).

DUTRA, O.P. II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave. *Arq. Bras. de Cardiol.*, São Paulo, v. 87, n.2, 2006.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, oct., 2005.

ESMERIO, F.G. *et al.* Uso crônico de anticoagulante oral: implicações para o controle de níveis adequados. *Arq Bras Cardiol.* v. 93, n.5, p. 549-554, 2009.

ESPÍRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. Cuidado de enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

ESPÍRITO SANTO, F. H. As interações entre professoras e estudantes na trama da construção da identidade profissional da enfermeira. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1997.

\_\_\_\_\_. Saberes e Fazeres de Enfermeiras (os) Novatas(os) e Veteranas(os) Sobre o Cuidado de Enfermagem no Cenário Hospitalar. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2003.

FEGURI, G. R. Troca valvar aórtica com diferentes próteses: existem diferenças nos resultados da fase hospitalar?. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, v.23, n.4, p. 534-541, 2008.

FELDMAN, R.S. *Compreender a psicologia*. 5. ed. Lisboa: McGraw Hill, 2001.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Positivo Editora, 2004.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev. bras. Enferm*, v. 59, n.3, p. 327-330, 2006.

FIGUEIREDO, N. M.; GAUTHIER, J. J. H. M.; SANTOS, I. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLECK, M.P.; BORGES, Z.N.; BOLOGNESI, G.. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.4, p.446-55, ago., 2003.

FORTUNA, AB.P. *Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FOX, V.J. *Educação do paciente e planejamento da alta*. In: MEEKER, M; ROTHROCK, JC. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_. *Conscientização: Teoria e Prática da libertação*. São Paulo: Centauro, 2005.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da Esperança: um encontro com a Pedagogia do Oprimido*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da esperança*. 11 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Educação e mudança*. Trad: Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martins Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. *Extensão ou Comunicação*. 10 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREITAS, M.C.; MENDES, M. M. R. Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.7, n.5, p. 131-133, 1999.

FULY, P. S.C.; LEITE, J. L. L.; LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.61, n. 6, p.883-887, nov./dez., 2008.

GARFINKEL, H. *Studies in ethnomethodology*. New Jersey: Prentice-Hall, 1967.

GAUTHIER J. H. M. et al. (Orgs.). *Pesquisa em enfermagem: metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GELAPE, C. L. Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca. *Arq. Bras. Cardiol.* São Paulo v.89, n.1, jul., 2007.

GIATTI, L; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006.

GOMIDES, S. *Manifestações Cardiovasculares das Doenças Reumatológicas*. Manuais de Cardiologia, 2003.

GRINBERG, M. Sintomas e insatisfação. O contexto na qualidade de vida do portador de diferença valvar. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 88, n. 1, p. 13-20, 2007.

\_\_\_\_\_. Decisão mecânica ou biológica? *Arq Bras Cardiol.*, v. 87, n.4, out., 2006.

\_\_\_\_\_. Entendo & Aceito & Faço. Estratégia pró-adesão à anticoagulante oral. *Arq Bras de Cardiol.*, v. 82, n. 4, abr., 2004.

\_\_\_\_\_. Consenso sobre conduta em valvopatia. *Rev SOCESP*, v. 6, n. 3, p. 378-90, 1996.

GRINBERG M, COHEN C. Falando com o coração, auscultando a bioética. *Rev Soc Cardiol Est. São Paulo*, v.12, n 6, p. 805-20, 2002.

GRINBERG, M; TARASOUTCHI, F; SAMPAIO, R. O. *Valvopatias. Instituto do Coração*, 2006.

\_\_\_\_\_. Endocardite Infecciosa: Em quem e como fazer a prevenção. *Instituto do Coração*, 2009

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. *Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença*. São Paulo: Ícone, 2004.

GUILHERME, L.; RAMASAWMY, R.; KALIL, J. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: genetics and pathogenesis. *Scand J Immunol.*, v. 66, n 2-3, p. 199-207, ago./ set., 2007.

GUIMARÃES, J. I. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 82, supl V, 2004.

GUIMARÃES, T.C.F. O cuidado de enfermeiro no cotidiano de uma unidade de cardiopediatria. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

GUYTON, A.C. *Tratado de Fisiologia Médica*. 6 ed. Elsevier: 2006.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas da sociologia*. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

HARTFIELD, M.T; CASON, C.L. Effects of information about a threatening procedure on patient' expectations and emotional distress. *Nurs Res* , v.31, p. 202-206, 1999.

HERCULANO-HOUZEL, Z. *Fique de bem com o seu cérebro*. Rio de Janeiro: Sextante, 2007.

HERMIDA, V.M. P.; ARAÚJO, M. E. I.. Sistematização da Assistência de enfermagem: Subsídios para implantação. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 59, n. 5, p. 675-679, set./out., 2006.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev. Esc. enferm. USP*, v. 38, n.1, p. 13-20, 2004.

HORTA, W. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1 ed. Objetiva, 2009.

HUBER, D.L.; MCCLELLAND, E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J. Prof. Nurs.*, v.19, n. 4, p. 204-10, 2003.

JACOB, J. L. B. A Semiologia Cardíaca na era da tecnologia. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, v. 11, n. 1, jan / fev , 2007.

JAPIASSU, H. *Introdução à epistemologia*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

JUNQUEIRA, L.F. *Considerações básicas sobre a organização estrutural e fisiologia do aparelho cardiovascular: Panorâmica da organização morfológica do aparelho cardiovascular*, 2004. Disponível: <http://www.unb.br/ffs/clm/labcor/refisio.htm>. Acesso em: 14/02/2010.

KAWAMOTO, E. *Enfermagem em clínica cirúrgica*. São Paulo: EPU, 1999.

KING, KM. *Valve disorder: theoretical and practical nursing perspectives*. *C JCN* , v. 5, n. 1, p. 13-7, 1994.

KRUSE, M.H.L. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam as enfermeiras. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 2003.

KUBO, K.M.; COLOMBO, R.C.R.; GALLANI, M.C.B.J. et. al. Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.9, n. 3, p. 33-42, mai., 2001.

LALONDE, M. *New perspective on the health of Canadians o working document*. Canada: Minister of Supply and Services, 1974.

LEAVELL, H.R; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.

LEININGER, .M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *J Transcult Nurs*, v.13, n.3, p. 189-192, 2002.

\_\_\_\_\_. *Ethnonursing: A Research Method with Enablers to study the Theory of Culture Care*. In: *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. 2 ed., Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LIMA, E. M. S. O cuidar e os cuidados de enfermagem ao cliente com fístula faringocutânea. o resgate da esperança no enfrentamento das necessidades. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. O cuidado de higiene da cabeça e pescoço no cotidiano do cliente com fístula faringocutânea. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 9, n.2, p. 287-91, ago., 2005.

LIMA, M.V. R. O cuidar em enfermagem na unidade de terapia intensiva e a construção de indicadores epidemiológicos para os procedimentos punção venosa periférica e os cateterismos vesical e nasogástrico como sinalizadores marcantes para instalação de infecção hospitalar. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. A. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 2005

LUNARDI, V.L. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, 1999.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, D.W.; SILVEIRA, R.S. et. al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 6, 2004.

MACHADO, A C. *Hermenêutica jurídica do processo do conhecimento à hermenêutica jurídica*. Universidade de Fortaleza: Centro de Ciências Jurídicas, 2006.

MANGRAM, A.; HORAN, T.C.; PEARSON, M.L. et. al. Guideline for prevention of surgical site infection. *AJIC* , v. 27, n. 2, p. 97-132, 1999.

MANO, R.. *Insuficiência Cardíaca. Manuais de Cardiologia*, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.manuaisdecardiologia.med.br/ICC/icc.htm>>. Acesso em: (03/02/2010).

MARTINS, J. J; BARRA, D.C.C; SANTOS, T.M et. al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev. Eletr. Enf.* v.9, n. 2, p.443-456, 2007.

MARQUES, S.M; FERRAZ, F.A. A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer:a perspectiva de familiares cuidadores. *Rev. Min. Enf;* v.8, n.1, p.: 165-252, jan./mar. 2004.

MC CLAIN, M.E.; GRAGG, S.H. *Princípios científicos de enfermagem*. 21.ed. Rio de Janeiro, Científica, 1999.

MC EWEN, M. *Bases Teóricas para Enfermagem*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELCHIOR, C. et al. Revisão de artigos: realidade sobre a interação de alimentos com anticoagulantes orais. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São Paulo, v.14, n.6, nov/dez, 2004.

MENDONÇA, D. B. Alimentação e hábitos saudáveis, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007.

MERHY, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. HUCITEC: Rio de Janeiro, 2005

\_\_\_\_\_. *Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde)*. In: CECÍLIO, L.C.O. *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERRIAN WEBSTER MEDICAL DICTIONARY, Encyclopedia Britânica Company, 2003.

MINAYO, M. C.S.(Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7.ed. Petrópolis Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIYAMOTTO, M.; MOREIRA, R.C.R. *et al* Necrose de mama relacionado ao uso de warfarina. *J. Vasc. Bras*, v. 3, n. 1, p. 52-4, 2004.

MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G. *et.al*. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente. Hospitalizado. *Acta Paul Enferm.*, v.22, n. 3, p. 323-327, 2009.

MORROW, D.A.; BRAUNWALD, E. Doença arterial coronariana crônica. In: BRAUNWALD, E.; ZIPES, D.P. *Tratado de doenças cardiovasculares*. 7. ed. São Paulo: Roca; 2005.

MUSSI, F.C. Conforto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.30, n. 2, 1996.

NANDA – North American Nursing diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

NASCIMENTO, K.C; BACKES, D.S.; KOERICH, M.S., ERDMANN, A. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.

NEGRI, M.D.X. Enriquecimento cognitivo na atuação do enfermeiro: uma vivência prática. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, 2004.

NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NIETSCHE, E. A., LEOPARDI, M.T. O Saber da Enfermagem como Tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 9, n.1, p. 129-152, jan./abr., 2000.

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

NOGUEIRA, A. M. R. *Coração e Emoção: Uma Abordagem Psicológica para o Adoecimento Cardíaco*, 2002.

NORONHA, M. G. R. C. S.; CARDOSO, P. S.; MORAES, T. N. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 2, p. 497-506, abr., 2009.

OLINDA, Q. B.; SILVA, C. A. B. Da retrospectiva do discurso sobre promoção da saúde e as políticas sociais. *Rev Bras Promoção da Saúde*, v. 20, n. 2, p. 65-6, 2007.

OLIVEIRA, A C; CIOSAK, S. I. Infecção de sítio cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. *Rev Esc Enferm USP*, v. 38, n. 4, p 379-385, 2004.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface, comunicação, saúde, educação*, v. 6, n. 10, p. 63-75, 2002.

OLIVEIRA, R.M.P. Pintando Novos Caminhos: A visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *Boletim informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde – Nairobi*, n.2, 2009.

OSLER, W. “Malignant endocarditis”Gulstonian Lectures.*Lancet*, v. 1, p. 415-418, 1885.

PATEMAN, B.; WILSON, K.; MCHUGH, G.; et. al. Continuing care after cancer treatment. *J Adv Nurs.*, v. 44, n. 2, p. 192-9, 2003.

PEIXOTO, M. S. P. Adesão do paciente com insuficiência cardíaca ao tratamento ambulatorial. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEREIRA, A.P.S.; TESSARINI, M.M; OLIVEIRA, V.D.C. Alta Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiros. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p 40-5, 2007.

PHIPPS, W.L. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e práticas clínicas*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.



- PINHO, L B.; SANTOS, S.M.A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do trabalho do enfermeiro na UTI. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 2, mar/abr., 2007.
- PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. bras. Enferm*, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.
- PIRES, D.; KRUSE, H.; SILVA, E. A enfermagem e a produção do conhecimento. *J Assoc Bras Enferm*, p 14-15, 2006.
- POLIT, D.F.; CHERYL, T.B.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- POMERANTZEFF, P. M.; BARBOSA, G. V. Diretrizes de cirurgia nas valvopatias. *Arq Bras Cardiol*, v.82, supl. V, 2004.
- POMPEO, D.A.; PINTO, M.H.; CESARINO, C.B. A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos dos pacientes. *Acta Paul Enf*, v. 20, n. 3, p. 345-350, 2007.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. 7.ed. St. Louis: Mosby, 2009.
- POVEDA, V. B.; GALVÃO, C. M.; SANTOS, C. B. Factores predisponentes a infección del sitio quirúrgico en gastrectomía. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.18, n.1, mar., 2005.
- PRATA, C. A.O Cuidado para familiares de clientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca: implicações para a enfermagem hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2006.
- RABELO, E. R.; ALITI, G. B; DOMINGUES, F.D. et. al. Enfermagem em Cardiologia baseada em evidência. *Rev HCPA*, v. 27, n. 2, p. 43-48, 2007.
- RABELO, M.C.M. *A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização*. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B; SOUZA, I.M.A.. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- RABHAE, GN; RIBEIRO, N. F.; FERNANDES, AT. *Infecção do sítio cirúrgico*. In: FERNANDES, AT. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- REIS, M.G.; GLASHAN, R.Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.9, n.3, p.51- 57, mai., 2001.
- RENWICK, R. Quality of life: a guiding framework for practice with adults with developmental disabilities. In: Ross M, Bachner S. *Adults with developmental disabilities*. New York: Aota Press, p.20-38, 2004.

REPPETTO, M. A.; SOUZA, M. F. Avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev Bras. de Enferm.*, v. 58, n. 3, p. 325-329, mai./jun., 2005.

RESTA, D.G; BUDÓ, M.L.D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Sci Health Sci.*, v. 26, n 1, p. 53-60, 2004.

RIBEIRO, A M. O cotidiano em emergência: o olhar da equipe de Enfermagem para o cuidar e a tessitura dos cuidados. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

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

RIZZOTTO, M.L.F. *História da enfermagem e sua relação com a saúde pública*. Goiânia: AB Editora, 1999.

ROBSON, S.C.; DUNLOP, W.; HUNTER, S. Hemodynamic changes during the early puerperium. *Br Med J*, v.294, p. 1065, 1987.

ROCHA; PRADO; WAL et. al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev. Bras. Enferm*, v. 8, n. 1, jan./fev., 2008.

ROMANINI, W.; MULLER, A.P.; CARVALHO, K.A et. al. The effects of intermittent positive pressure and incentive spirometry in the postoperative of myocardial revascularization. *Arq Bras Cardiol*, v. 89, n. 2, p. 94-99, 2007.

ROMANO, E. R.; PINHEIRO, J. A.; BARBOSA, M.A.O. Anticoagulação para o Cardiologista. *Revista da Sociedade do Estado de São Paulo*. v 16, n.4, out./nov./ dez., 2006.

ROSA, L.M.; MERCÊS, N.A. et. al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.410-404, jul./set., 2008.

ROSA, S.S. *Construtivismo e Mudança*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SADALA, M.L.A. & STEFANELLI, M.C. Avaliação do ensino de relacionamento enfermeira-paciente. *Rev. Latino-am.*, v.4, p.139-51, 1996.

SANTORO, D.C. O cuidado de Enfermagem na unidade coronária: um ensaio sobre a dimensão da subjetividade no cuidar. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, M. *O Espaço do Cidadão*. São Paulo: Nobel, 1996.

SHEPPERD, S.; PARKES, J.; MC CLARAN, J. et. al. This record should be cited Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004.

SERRANO, C. V.; NOBRE, F. *Tratado de Cardiologia*. São Paulo: Manole, 2005.

SILVA, A V. Uma reflexão para a prática educativa em Paulo Freire. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 45, fev., 2005.

SILVA, E.M.; GOMES, E.L.; ANSEMI, M. L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. *Rev Lat Am Enferm*, v.,1 p.59-63, 1993.

SILVA, J.L.L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. *Informe em promoção da saúde*, v.2, n.1, p. 3-5, 2006.

SILVA, MAD. A importância da manutenção da qualidade de vida. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, v. 6, n. 5, p. 657-660, 1996.

SILVA, R.C.L.; KACZMARKIEWICZ, C.C. O Significado da Tecnologia no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. *Rev SOCERJ*, v.22, n. 4, p. 210-218, jul./ ago, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNNER & SUDDARTH: *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCESP. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Atualização em Perioperatório de Cardiopatas submetidos à cirurgia não-cardíaca. v 16, n 4, out / dez., 2006.

SÓRIA, D.A.C. A Resiliência dos Profissionais de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

SOUSA, L. S. *A entrevista, o imaginário e a intuição*. In: GAUTHIER J. H. M. et al. (Orgs.). *Pesquisa em enfermagem: metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOUSA, L. S.; ESPÍRITO SANTO, F.H.; PORTO, I.S. *Etnometodologia: uma teoria social na pesquisa qualitativa*. In: GAUTHIER J. H. M. et al. *Pesquisa em enfermagem: metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, M.H.L.; ELIAS, D.O. Resposta inflamatória sistêmica à circulação extracorpórea. In: SOUZA, M.H.L.; ELIAS, D.O. *Fundamentos da circulação extracorpórea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

SOUZA, M L; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto enferm*, v.14, n.2, p.266-220, 2005.

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

STOLF, N.A.G.; LEMOS, P.C.P. A prótese valvar cardíaca definitiva: meio século de procura. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.20, n.2, p.1-13, 2004.

SZTAJNBOK, F.R.; SERRA, C.R.B.; RODRIGUES, M.C.F. Doenças reumáticas na adolescência *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria, v. 77, supl.2, 2001.

TANAKA, A.C.S.; GUILHERME, L.; KALIL J. *Febre reumática*. In. RAMIRES, J.A.F. *Cardiologia em pediatria: temas fundamentais*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2000.

TEIXEIRA, M. L.O.; FERREIRA, M. A. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. *Texto & contexto - enferm.*, v.18, n.3, p.409-417, 2009.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.585-597, 2005.

TONDATO, F. Interação de fármacos e alimentos com a warfarina. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. São Paulo, v.14, n.5, set/out, 2004.

TOPOL, E.J.; GRIFFIN, B.P. *Manual de Medicina Cardiovascular*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1990.

TOTH, D.A. Standardized Language for Occupational Health Nursing. The nursing minimum data set AAOHN. *Journal*, v. 51, n. 7, p 283-286, 2003.

TURPIE A.G.G., CHIN, B.S.P., LIP, G.Y.H. Tromboembolismo venosos: estratégias de tratamento. *Revista ABC da Terapia Antitrombótica*; v 1, p 14-16, 2003.

VICINI, G. *Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos*. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

VILA, A.C.D; VILA, V.S. C.Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.15, n.6, p.1177-1183, 2007.

WALDOW, VR. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes; 2004.

WALDOW, V.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.16, n.4, p.765-771, 2008.

WANNMACHER, L. Uso racional do medicamento. Brasília, v.4,n.12, 2007. (Acesso em 25/ 04/2010) Disponível <http://www.portal.saude.gov.br>

WATSON, J. *Cuidar em enfermagem além da pós-modernidade*. In: *intercâmbio internacional: Bases Teórico-filosóficas da prática do cuidar em Enfermagem*. Rio de Janeiro, p.16-19, nov., 2003.

WINSLOW, CEA. The untilled fields of public health. *Science*, v.51, n. 1306, p.23-33, 1920.

WHO/MSA/MHP/98.2.-*WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) – Report on WHO Consultation*, p.2-23, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a expert consultation on rheumatic fever and rheumatic heart disease*. Genebra, out., 2004.

ZAGO, M.M.F. O ritual de orientação de pacientes pelo enfermeiro cirúrgico: um estudo etnográfico. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 1994.

ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, jul.1999.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisadora:** Cristina Maria Pereira Dutra

**Orientadora:** Maria José Coelho

**Projeto de Pesquisa:** *Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.*

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) para participar da pesquisa intitulada, *Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar : o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.* O motivo que me leva a pesquisar sobre estes cuidados é para facilitar o seu aprendizado dos cuidados de Enfermagem, que você com valva cardíaca mecânica, poderá trazê-los para vida habitual.

A pesquisa se justificará pelos novos conhecimentos que poderá adquirir diante os desafios vivenciados no cotidiano, e as soluções encontradas para o atendimento de suas necessidades a partir dos cuidados de Enfermagem. Pretendo detalhar mais, as informações e orientações de forma que estes cuidados aprendidos atendam estas necessidades de cuidados.

Os procedimentos para coleta de dados serão da seguinte forma: utilizarei perguntas sobre os cuidados de Enfermagem e os cuidados aprendidos e incorporados em suas atividades diárias, a exemplo da observação dos horários para administração de anticoagulante oral, controle de sangramento, cuidados para evitar traumas, dentre outros, a fim de evitar infecções, trombozes, rompimento da valva e quaisquer agravos à sua saúde.

As perguntas não causarão constrangimentos; e não sofrerá nenhum risco à sua saúde e nem desconfortos. Serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os seus hábitos. Você poderá participar em dois momentos da pesquisa, em encontro individual e em grupo.

**Versão 1.0 de 08/08/08**

As suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento, será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa. Também, será seguido um caminho com a sua participação em dois momentos: o primeiro serão realizadas perguntas individualmente, em um consultório destinado para conversar sobre os seus cuidados; o segundo momento será em grupo de clientes.

Neste consultório permanecerá somente, a pesquisadora e você, conversando sobre a importância dos cuidados específicos e sobre a manutenção de sua saúde, através dos cuidados aprendidos. Também conversarei com todos os clientes em grupo, onde permanecerão sentados e darão suas opiniões sobre esses cuidados.

As respostas serão gravadas e a identificação será feita através de letras do alfabeto, escolhidas, por você. Em todas essas etapas você está assegurado em sua privacidade e o que será dito, deverá ser mantido em sigilo.

Os benefícios que trará o estudo é o seu conhecimento maior das condições de sua saúde, o seu comprometimento com o tratamento regularmente, as prioridades dos cuidados de prevenção para o funcionamento da valva que foi implantada no seu coração.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você terá a liberdade de se recusar responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Todas as vezes que tiver dúvidas, arrependimentos, desconfianças em qualquer momento da pesquisa será esclarecido, até que compreenda, totalmente.

Você terá liberdade de se recusar a participar da pesquisa, em qualquer fase, no momento do convite, durante e no final. A sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação à atenção e cuidados da equipe de Enfermagem, da pesquisadora ou com a assistência médica e de outros serviços no atendimento de suas necessidades de saúde.

**Versão 1.0 de 08/08/08**



Desta forma, não sofrerá nenhuma punição e nem prejuízos na assistência de saúde, podendo transitar livremente por toda área do hospital, solicitando ou no atendimento de suas necessidades de cuidados.

A sua participação nesta pesquisa, se baseia em responder perguntas do questionário, também não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional, nem gastos de qualquer natureza.

Você receberá uma cópia deste documento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, e do Comitê de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente,

Cristina Maria Pereira Dutra

**Versão 1.0 de 08/08/08**

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos, dos procedimentos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações, e também, invalidar minha decisão, se assim o desejar. Autorizo o uso de gravador para registrar a minha entrevista, preservando o sigilo e anonimato. Permito ainda, a escuta e o uso das citações a terceiros, sem restrições desde a presente data, ficando vinculado ao controle da Enfermeira Cristina Maria Pereira Dutra, do Hospital dos Servidores do Estado do Ambulatório de Cardiologia deste hospital.

Em caso de dúvidas poderei falar com a Enfermeira Cristina Maria Pereira Dutra, pelos telefones (\_21\_) 9949-6288 diariamente, de 14 às 18 horas e Ambulatório de Cardiologia (21) 2291-3131 ramal: 3642 diariamente das 7 às 12 horas; e o contato com o COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) Hospital dos Servidores do Estado (21) 2291-3131 ramal: 3544 das 8 às 12 horas de 2ª às 6ª feiras.

**Versão 1.0 de 08/08/08**

## APÊNDICE B – Diário de Campo

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Doutoranda: Cristina Maria Pereira Dutra  
 Orientadora: Profª Dra. Maria José Coelho

Projeto de Pesquisa: Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.

Grupos (letras do alfabeto)	Data/Hora	Registros
<i>NCL CST JCF JTG DESD</i>	14/10/2009	Observo que cada cliente apresenta um nível de conhecimentos sobre os cuidados, uns desenrolam no cotidiano com mais facilidades, outros demoram ou reclamam, alegando que as situações ultrapassam suas possibilidades e, assim buscam novos jeitos de conviver com os desafios...
<i>CMP LKC PLR SMD VICT</i>	21/10/2009	Estas considerações podem confirmar as pesquisas sobre o conhecimento dos clientes diante as ações de cuidados, implicam na visão biológica, física, social, psíquica e espiritual e, assim surge uma aprendizagem sob um novo olhar da realidade.
<i>EALC ACC MMA MAC</i>	28/10/2009	Nos diálogos durante as entrevistas, percebo que os clientes demoram a (des)construir o imaginário de bem estar, ou seja, se permitir começar tudo novamente...
<i>SMM LCB EBA</i>	30/10/2009	Entretanto, à medida que os clientes interessam pelas mudanças levo em consideração, comportamento, crenças, cultura, condições socioeconômicas e o papel na sociedade.

## APÊNDICE C – Agenda de Cuidados

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Doutoranda: Cristina Maria Pereira Dutra  
 Orientadora: Profª Dra. Maria José Coelho

Projeto de Pesquisa: Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.

Conteúdos abordados	Cuidados de Enfermagem
Cuidados com a ferida cirúrgica	
Aspectos relacionados com a dieta	
Necessidades de sono e repouso	
Medicações que não devem ser usadas sem orientações	
Realização da higiene do corpo	
Realização das atividades físicas	
Atividade sexual	
Retorno ao trabalho	
O que pode beber	
Controle da anticoagulação complicações	
A anticoagulação e as plantas medicinais	

### APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Livre ou Não-Estruturada

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Escola de Enfermagem Anna Nery  
 Doutoranda: Cristina Maria Pereira Dutra  
 Orientadora: Profª Dra. Maria José Coelho

Projeto de Pesquisa: Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.

<b>TÓPICOS ABORDADOS</b>	<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>COMO FOI DESENVOLVIDO</b>
<b>Cuidados com a ferida cirúrgica</b>	Realizou a limpeza da ferida conforme orientações de cuidados de Enfermagem.	Limpeza da pele diariamente com sabão antisséptico
<b>Cuidados com os horários com as medicações</b>	O mapa de medicações facilitou o uso de medicações.	As medicações foram aprazadas conforme os intervalos prescritos
<b>Retorno às atividades laborais</b>	Melhorou a dor e sentiu-se disposto no desenvolvimento das atividades.	Atenção para o tipo de atividades prevenindo os riscos e excessos dessas atividades
<b>Cuidados para prevenir infecções</b>	Realiza profilaxia antibiótica para os procedimentos cirúrgicos.	Os cuidados de Enfermagem para prevenção de infecção
<b>Cuidados para administração da dosagem do anticoagulante</b>	Mantém regular o controle do exame de TAP e o horário da anticoagulante.	Através de um mapa com os horários das medicações

## APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Doutoranda: Cristina Maria Pereira Dutra  
Orientadora: Profª Dra. Maria José Coelho

Projeto de Pesquisa: Os Cuidados de Enfermagem Específicos após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral.

Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ (letras do alfabeto)  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

1. Tempo que foi informado ou orientado sobre os cuidados após a alta hospitalar:
2. Como você realizou os cuidados de Enfermagem após a alta hospitalar ?
3. Qual é a sua dúvida a respeito dos cuidados ?
4. Você conseguiu esclarecer sua (s) dúvida (s) ? Explique como:
5. Você teve (não tem) alguma dificuldade para realizar seus cuidados cotidianos?  
Cite a (s) dificuldade (s)
6. Fale mais a respeito desses cuidados.
7. O que você gostaria de falar sobre esse tema?

**A N E X O S**

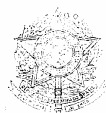
## ANEXO A – Folha de Rosto de Cadastro da Pesquisa no CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: <b>Os Cuidados Específicos de Pós-operatório após a Alta Hospitalar: o cuidar e os cuidados do cirurgião em implante de valva mitral</b>				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) <b>Ciências da Saúde - Enfermagem</b>		2. Código: <b>404</b>	3. Nível: ( Só áreas do conhecimento 4 ) <b>(P)</b>	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s): <b>Grupo III</b>	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )	
8. Unitermos: ( 3 opções ) <b>Enfermagem ; Cuidados ; Valva mitral</b>				
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>				
9. Número de sujeitos No Centro: <b>≡ 60</b> Total: <b>≡ 60</b>		10. Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc ) ( ) Outros ( ) Não se aplica (X)		
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>				
11. Nome: <b>Cristina Maria Pereira Dutra</b>				
12. Identidade: <b>13.002.469</b>	13. CPF.: <b>517.247.747-00</b>	19. Endereço (Rua, n.º): <b>Rua Noronha Torresão, 124</b>		
14. Nacionalidade: <b>Brasileira</b>	15. Profissão: <b>Enfermeira</b>	20. CEP: <b>24.240-182</b>	21. Cidade: <b>Niterói</b>	22. U.F.: <b>RJ</b>
16. Maior Titulação: <b>Mestre em Enf.</b>	17. Cargo: <b>Chefe de Enfermagem Ambul.</b>	23. Fone: <b>(21) 9949.6288</b> <b>(21) 2612-1660</b>	24. Fax:	
18. Instituição a que pertence: <b>Hospital dos Servidores do Estado</b>			25. Email: <b>cmariadutra@ig.com.br</b>	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <b>08 / 08 / 2008</b>				
<b>Cristina Maria Pereira Dutra</b> Assinatura				
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>				
26. Nome: <b>Hospital dos Servidores do Estado</b>		29. Endereço (Rua, n.º): <b>Rua Sacadura Cabral, 178</b>		
27. Unidade/Orgão: <b>Ambulatório de Cardiologia do HSE</b>		30. CEP: <b>20221-903</b>	31. Cidade: <b>Rio de Janeiro</b>	32. U.F.: <b>RJ</b>
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)		33. Fone:	34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional (X) Internacional ( ) ( Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil )				
Termo de Compromisso ( do responsável pela instituição ) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução				
Nome: <b>07/10/08</b>		Cargo: <b>[Assinatura]</b>		
Assinatura				
<b>PATROCINADOR</b>				
36. Nome: <b>Não se aplica (X)</b>				
37. Responsável:		39. Endereço:		
38. Cargo/Função:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
		43. Fone:	44. Fax:	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>				
45. Data de Entrada: <b>08 / 08 / 2008</b>	46. Registro no CEP: <b>000.341</b>	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: <b>08 / 09 / 2008</b>	48. Não Aprovado ( ) Data: / /	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para:- Data: <b>09 / 02 / 2009</b> Data: <b>08 / 06 / 2009</b>				
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome: <b>[Assinatura]</b> Assinatura de Marcos 94 Manzoni Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa CNS/CRM 52.40254-4		Anexar o parecer consubstanciado
<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP</b>				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:
55. Processo :				
58. Observações:				



**ANEXO B – Termo de Aprovação do Protocolo de Pesquisa****SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO**

---


Rio de Janeiro, 08 de setembro de 2008.

Do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSE.  
A Ilma Sra. Enfermeira Cristina Maria Pereira Dutra.

Assunto: Aprovação do Protocolo CEP: 000.341.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HSE, em reunião de 08.09.08, analisou e considerou aprovado com recomendação, o projeto de pesquisa intitulado: "Os cuidados específicos de pós-operatório após a alta hospitalar: o cuidar e os cuidados do cliente com implante de valva mitral", cuja pesquisadora principal é a Enfermeira Cristina Maria Pereira Dutra, Mestre em Enfermagem e Chefe de Enfermagem do Ambulatório de Cardiologia do HSE, estando o mesmo de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do CNS, devendo a pesquisadora principal:

- 1- atentar sobre as recomendações contidas no parecer consubstanciado do CEP-HSE;
- 2- notificar a este Comitê sobre eventuais modificações no projeto ou qualquer emenda ao protocolo de pesquisa e ao TCLE;
- 3- enviar os relatórios da pesquisa nas datas estabelecidas na folha de rosto e segundo os critérios que se façam necessários pelo Comitê e pela pesquisadora, assim como os termos de consentimento livre e esclarecido assinado pelos sujeitos da pesquisa, até a data do primeiro relatório parcial.

  
Dr. Marcos Henrique Manzoni  
Coordenador do Comitê de Ética em  
Pesquisa em Seres Humanos do HSE