

Maria Christina Zapelini

**REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS A
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Zapelini, Maria Christina

Rede de cuidado a pessoas submetidas a angioplastia transluminal coronária / Maria Christina Zapelini ; orientadora, Betina Hörner Schlindwein Meirelles - Florianópolis, SC, 2013.

110 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado. 3. Rede social. 4. Doença crônica. 5. Doença da Artéria Coronariana. I. Meirelles, Betina Hörner Schlindwein. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Maria Christina Zapelini

**REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS A
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre” e aprovada em sua forma final pelo Programa Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2013.

Prof.^a Vânia Marli Schubert Backes, Dr.^a
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dr.^a
Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Sabrina da Silva de Souza, Dr.^a
Membro
Hospital Universitário – HU/UFSC

Prof.^a Jussara Gue Martini, Dr.^a
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Maritê Argenta, Dr.^a
Membro
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina/SES

Prof.^a Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dr.^a
Membro
Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por ter-me dado sabedoria e força e ter-me feito acreditar que sou capaz... Muitos foram os momentos em que pensei em desistir, mas sua luz me mostrou o caminho e me trouxe calma e tranquilidade.

Às **pessoas com DAC** participantes desta pesquisa, por me oportunizarem uma aproximação das suas vivências e significados. Vocês realmente foram essenciais, sem vocês esta pesquisa não existiria.

Aos **meus Pais Volnei e Marta**, por sempre me incentivarem nas minhas escolhas, que com amor e dedicação me oportunizaram os estudos e fizeram de mim a pessoa que sou hoje – reflexos de suas batalhas. Mãe e Pai, obrigada pelos ensinamentos, pelo acolhimento e amor dedicados durante toda a minha vida. Obrigada por compreenderem minhas ausências e meus momentos de irritabilidade. Amo vocês imensamente!

Ao **meu amado Tiago**, por ter tido paciência e compreensão pelos meus momentos de ausência... Além dos muitos momentos de estresse e impaciência, que não foram nunca por falta de amor! Obrigada por fazer parte da minha vida, estando comigo não somente nos momentos de glória como este, mas também partilhando dos momentos difíceis que a vida coloca diante de nós.

À **minha irmã Suzana**, por fazer parte da minha vida. E porque, sempre que precisava, estava sempre ao meu lado para me trazer alívio e conforto. E na hora em que eu estava mais estressada, tinha uma palavra de conforto... Obrigada por, mesmo de longe, estar tão perto, torcendo e vibrando por mim nesta hora! Sinto que nossas emoções são compartilhadas. Você é um pedaço de mim.

A **toda a minha família**, que, mesmo não os tendo citados aqui separadamente, não quer dizer que sejam menos especiais. O meu muito obrigada por fazerem parte da minha vida. Obrigada por terem acreditado em mim e terem se alegrado e torcido por mim.

Para que esta dissertação se concluísse, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que também são muito especiais:

À **minha orientadora Betina Hörner Schlindwein Meirelles**, por acolher-me desde o início deste Mestrado, pelos momentos de ensinamento oportunizados, pela inteligência e conhecimentos trocados para que esta etapa de aprendizado se concretizasse. Nossa história já era antiga e havia iniciado há 10 anos, quando fui sua orientanda na Graduação.

Às professoras das disciplinas do curso, pelas oportunidades de ensinamentos, troca de conhecimentos e vivências adquiridas a cada aula.

À Banca Examinadora desta dissertação, pela aceitação na participação, com contribuições que com certeza enriqueceram este trabalho.

Aos colegas do mestrado, pelas companhias a cada dia durante os dois anos de curso, e que daqui pra frente levarei como grandes companheiros de trocas de conhecimentos também.

Ao PEN – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela atenção dispensada e oportunidade, assim como a todos os colaboradores do programa.

Aos membros do Grupo de Pesquisas NUCRON, por terem me acolhido desde o início ao grupo e pelas trocas de experiências a cada encontro.

À CAPES, pelo apoio, durante todo o curso de mestrado.

RESUMO

Introdução: Conviver com doenças crônicas demanda implementação de cuidados que requerem mudanças de estilo de vida das pessoas, sobretudo das pessoas que vivem com Doença Arterial Coronariana – DAC e daquelas que fazem parte desse convívio diretamente. **Objetivo:** Compreender como se estabelecem as relações entre as pessoas submetidas a Angioplastia Transluminal Coronariana Percutânea – ATCP atendidas em um serviço de referência do Estado de Santa Catarina – SC e sua rede de cuidado. **Método:** Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial. Os participantes foram nove pessoas com DAC submetidas à ATCP, em retorno ao serviço após 30 dias para a realização da primeira consulta de acompanhamento pós-alta hospitalar. O período de coleta dos dados, de junho a setembro de 2012, teve como cenário um ambulatório de referência em cardiologia. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, na modalidade temática e sustentada pelo referencial teórico das Redes Sociais. **Resultados:** Todas essas pessoas possuíam fatores predisponentes para o desencadeamento da DAC, além de a grande maioria ter baixo nível de escolaridade. O perfil da rede desses pacientes se mostrou participante do cuidado, já que na maioria das consultas esses pacientes estavam acompanhados de familiares, amigos ou vizinhos. Os resultados revelaram que existem relações de cuidado na família e entre os amigos, além da busca de cuidado profissional na rede social. As redes constituem-se de potencialidades e fragilidades. Analisando o aspecto educativo, quando o indivíduo sente que está doente ele não sabe identificar os sinais e sintomas, então busca conhecer sobre a doença para se cuidar e o apoio oferecido frente às necessidades impostas pela doença. Por outro lado, encontra dificuldade de seguir o tratamento, frente às limitações dos serviços e profissionais pouco preparados para o cuidado. Na rede surgem os medos e as representações da doença, muitas vezes negativas. **Conclusão:** As relações entre as pessoas submetidas à ATCP e sua rede de cuidado ocorreram basicamente entre familiares, amigos e profissionais da saúde, tendo como ponto de partida a ampliação dessas redes. Observa-se a necessidade de implementação das orientações de enfermagem para alta hospitalar dos pacientes submetidos a ATCP, visto que muitos deles se deparam pela primeira vez com a doença, e não têm informação sobre a mesma.

Palavras-Chave: Enfermagem. Cuidado. Rede social. Doença crônica. Doença da Artéria Coronariana. Doença das Coronárias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A mudança nos sistemas piramidais e hierarquicos para as redes de atenção a saúde.....	33
Figura 2: Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das pessoas com DAC, submetidas a ATCP... **45**

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária de Saúde
ATC	Angioplastia transluminal coronariana
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRM	Cirurgia de revascularização do miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins/ Proteínas de alta densidade
HF + p/ DAC	História familiar para Doença arterial coronariana
HIV/ Aids	<i>Human immunodeficiency virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)/ Acquired Immunodeficiency Syndrome ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA
IAM	Infarto agudo do miocárdio
ICO	Insuficiência coronariana
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão arterial
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
RAS	Redes de Atenção à Saúde.
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVO	23
2.1	OBJETIVO GERAL	
	23	
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	25
3.1	A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA.....	25
3.1.1	Epidemiologia	25
3.1.2	Doença arterial coronariana.....	26
4	REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1	REDES SOCIAIS E A SAÚDE	31
4.2	REDES DE CUIDADO.....	39
5	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	41
5.1	TIPO DE ESTUDO	41
5.2	CONTEXTO DA PESQUISA.....	43
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	44
5.4	COLETA DE DADOS	46
5.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	47
5.6	RIGOR.....	48
6	RESULTADOS.....	51
6.1	MANUSCRITO I: REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS À ANGIOPLASTIA CORONARIANA	51
6.2	ARTIGO II: ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA: UMA CONSTRUÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS	99
	APENDICE A - ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM	107
	APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	111
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	113

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas, simplesmente tratam os sintomas quando aparecem.

A Epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas (MENDES, 2008).

Para a OMS (2003), as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (HIV/Aids) e não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações), embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas. As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes.

Dessa forma, nos reportamos a refletir sobre a afirmação de Mendes (2008) que diz que a atenção às condições agudas será necessária, pois a maior parte delas surge em função das agudizações de condições crônicas, contudo, os sistemas de atenção à saúde devem adotar o conceito de cuidados inovadores para as condições crônicas.

Viver bem com os desafios da doença crônica requer entendimento do impacto que essa situação tem sobre o corpo, a mente e o espírito da pessoa. Considerando que o ser humano é único e inseparável, a melhora em um dos aspectos leva à melhoria no todo, ou seja, no viver das pessoas. (SOUZA; BONETTI et al., 2010).

Diante da imensa esfera das condições crônicas, nos deparamos com as Doenças Cardiovasculares, que, para Mendes (2005), representaram em torno de 12% das mortes em 1930, já em 2000 responderam por quase 30% dos óbitos relacionados às Doenças Cardiovasculares.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no ano de 2011 foram registrados 293.692 óbitos no Brasil decorrentes de doenças do Aparelho Circulatório, sendo que no Estado de Santa Catarina foram registrados 8.979 óbitos decorrente da mesma causa.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), que, considerada como uma condição crônica, pode ser prevenida através da identificação dos fatores de risco predisponentes e adoção de algumas medidas como: hábitos alimentares saudáveis, abandono do tabagismo, prática de atividades físicas, dentre outras.

Ressalta-se que os fatores de risco para seu desenvolvimento são: histórico familiar de doença da artéria coronária, idade maior que 65 anos, sexo masculino (o risco entre mulheres aumenta depois da menopausa), consumo de cigarros, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, hipertensão, diabetes, obesidade, estresse elevado e estilo de vida sedentário. (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

A isquemia miocárdica decorre da insuficiência coronariana (ICO) e consiste no mais importante mecanismo relacionado a síndromes clínicas relevantes, como angina do peito, infarto agudo do miocárdio (IAM), cardiopatia isquêmica e óbito. Tem como doença subjacente a aterosclerose, que se constitui na principal causa de morte no mundo contemporâneo, devido à sua alta prevalência. (FEITOSA, 2009)

Gomes et al. (2009) afirmam que as doenças cardiovasculares estão relacionadas com o processo aterosclerótico e o metabolismo lipídico. Apesar da importância dos lipídios sanguíneos na doença cardiovascular, 50% dos infartos do miocárdio ocorrem em indivíduos sem hiperlipidemia. Nos últimos anos, estudos demonstram fatores de risco emergentes como marcadores de aterosclerose.

Sabemos que um grande avanço ocorreu nas últimas décadas em relação às alternativas de tratamento, tanto na prática clínica, quanto em relação à intervenção cirúrgica. Além da possibilidade de intervenção cirúrgica e o tratamento clínico, desde os anos de 1990, iniciou-se o uso dos *stents* através de uma técnica minimamente invasiva, a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (ATCP).

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), há muitos anos, é uma das opções de tratamento intervencionista para a DAC estável. Nos últimos anos, com o conhecimento da fisiopatogenia da placa aterosclerótica e a evolução da farmacologia, diversos estudos têm demonstrado a possibilidade segura do tratamento medicamentoso nos pacientes portadores de DAC estável. (PRÈCOMA, 2009)

Para Dantas, Stuchi e Rossi (2002), a experiência da doença cardíaca, como um problema, é mais do que um acontecimento desagradável na vida destes familiares e pacientes. Sua ocorrência, o tratamento e o processo de recuperação geram incertezas e mudanças na vida das pessoas envolvidas.

Desde o surgimento dos primeiros sintomas até o diagnóstico e a definição do tratamento podem ser gerados abalos emocionais e representações significativas tanto na vida do indivíduo com DAC, como também na vida e cotidiano da sua família.

Estudo realizado por Caetano e Soares (2007), que avalia a qualidade de vida de clientes pós IAM, demonstra que a vida se torna difícil em virtude das dificuldades para acessar o sistema de saúde, da ineficiência desse sistema, dos problemas para compra de remédios ou para fazer o tratamento, da ansiedade por não compreender sua doença ou pela enfermidade de um ser querido.

Todas essas ações, muitas vezes, vão além das competências dos serviços de saúde, exigindo envolvimento de outros atores sociais e setores da sociedade. Assim, por conta desta nova situação a ser vivenciada, é que Meirelles (2004) afirma que as redes de apoio social têm papel determinante como mediadoras e facilitadoras no início e nos passos subsequentes da busca de ajuda, já que seus membros propiciam apoio contínuo aos pacientes para aderir ao tratamento até sua recuperação.

É por esses motivos que estabelecer um diálogo entre a pessoa com DAC, seus familiares e os profissionais de saúde promove o esclarecimento das possíveis dúvidas e o real significado da patologia na vida desse indivíduo. A socialização dos conhecimentos irá identificar as causas dessa situação, as medidas que devem ser tomadas para adesão ao tratamento e prevenção de futuras complicações.

Os grandes desafios que se colocam para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são o foco simultâneo nos indivíduos e famílias, a ênfase concreta nas ações promocionais e preventivas e a responsabilização pelo cuidado e tratamento. (MENDES, 2005).

Observo por meio de minha prática profissional que grande parte dos pacientes que apresentam DAC e que são submetidos à ATCP têm dificuldades de enfrentar o processo de saúde/doença. De modo que, em muitas situações, esse processo é permeado por angústia, sofrimento, negação, revolta, desconhecimento da real situação de saúde/doença, dificuldades tanto financeiras quanto de esclarecimentos para adesão ao tratamento, entre outras. Nos serviços de saúde, esses sujeitos encontram toda uma estrutura para atendê-los, com uma equipe

multiprofissional e outras tecnologias, mas questiono como conseguem manter os cuidados quando estão na comunidade.

E foi dessa forma que emergiu meu problema de pesquisa, pois no meu cotidiano assistencial observo que os pacientes que foram submetidos a ATCP muitas vezes recebem alta sem orientações e indicação de referências para dar sequência ao tratamento e cuidados pós ATCP.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2008), sugere-se que o paciente retorne para avaliação clínica ainda no primeiro mês após a realização da ATCP, com a finalidade de avaliar suas condições clínicas gerais e queixas cardíacas específicas, além de verificar a aderência ao tratamento farmacológico instituído e observar eventuais efeitos colaterais.

Dessa forma, alguns dias após a realização da ATCP esses pacientes recebem alta hospitalar e é neste momento que fica evidente que grande parte deles recebe poucas informações acerca de seu tratamento, suas mudanças no estilo de vida (quanto à alimentação, prática de atividade física, acompanhamento médico, etc.) e os locais de referência para dar continuidade ao tratamento. Eles saem com uma receita médica e uma solicitação para consulta médica ambulatorial após 30 dias da alta hospitalar. Muitas vezes, isto leva o paciente a não aderir ao tratamento nem mudar seus comportamentos.

Assim, anseio compreender e avaliar como se estrutura a rede de cuidados a pacientes com DAC que foram submetidos à ATCP, através das informações obtidas nesta pesquisa, e contribuir com novas estratégias que propiciem aos mesmos suporte para adesão ao tratamento, prevenindo e retardando complicações agudas e crônicas.

Através da relação que se dará no momento da assistência prestada a esses pacientes, serão construídos os alicerces para uma relação de confiança paciente/Enfermeiro, a qual facilitará compreender de que forma se dá a rede de cuidado aos pacientes com DAC, bem como a relação desses pacientes com essa rede, suas fragilidades e potencialidades. É durante esta assistência, no momento em que o paciente está sendo cuidado pela Enfermeiro, durante suas orientações, após a alta hospitalar e durante a consulta de enfermagem, que essa relação se fortalecerá através de uma troca mútua de informações. Nesse momento ocorrerá uma interface da prática com a pesquisa, contribuindo assim com a qualificação significativa da assistência de Enfermagem e promoção da saúde desses pacientes.

Como enfermeira, também reflito sobre a abrangência das ações para o atendimento das necessidades desses sujeitos e como a

enfermagem pode interagir no sentido de potencializar a rede de cuidado das pessoas com DAC submetidas a ATCP. Uma vez que grande parte desses pacientes acabam retornando ao serviço de saúde com complicações na maioria das vezes por falta de cuidados simples como, não aderência ao tratamento medicamentoso e à dieta recomendada, além de não mudarem hábitos que prejudicam a saúde, como tabagismo, por exemplo, isso prova que algumas orientações poderiam melhorar a aderência ao tratamento desses pacientes, pois, muitos deles, acredito que não imaginam a importância destas pequenas mudanças.

Dessa forma, o estudo proposto teve a seguinte **questão norteadora:**

- Como se estabelecem as relações entre as pessoas com DAC, submetidas a ATCP, e sua rede de cuidado?

2 OBJETIVO

O estudo proposto teve os seguintes objetivos:

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender como as pessoas submetidas a Angioplastia Transluminal Coronariana Percutânea atendidas em um serviço de referência em Cardiologia no Estado de Santa Catarina percebem sua rede de cuidado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer como as pessoas submetidas a ATCP percebem a sua relação com a rede de cuidado.
- Identificar as potencialidades e fragilidades apontadas pelas pessoas submetidas a ATCP, no que se refere à sua rede de cuidado.
- Elaborar orientações de Enfermagem, para desencadear a construção da rede de cuidado a estes pacientes.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA

3.1.1 Epidemiologia

Em relação à morbidade hospitalar, das dez principais causas de internações no SUS, quatro delas estão representadas por doenças cardiovasculares: insuficiência cardíaca, 4,3%; acidente vascular cerebral, 1,9%; insuficiência coronariana aguda, 1,0%; e crise hipertensiva, 1,3%. As internações por crise hipertensiva somam 135.000 por ano e custam 25 milhões de reais no ano; em geral, essas internações são consideradas, internacionalmente, como condições sensíveis à atenção ambulatorial. As internações por doenças cardiovasculares, em geral associadas às hipertensões arteriais sistêmicas, representam 7,4% do total de internações e consomem 13% dos recursos hospitalares do SUS (900 milhões de reais por ano). O estudo da carga de doenças feito para o país mostrou que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 14% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. (MENDES, 2011)

Dessa forma, evidencia-se a importância do controle das doenças crônicas, uma vez que estas também se tornam agudas, gerando internações hospitalares, gastos para o SUS, mortes, dentre outros. Para OMS (2003), as condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (HIV/Aids) e não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações), embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas. As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes.

Para Mendes (2005), representaram em torno de 12% das mortes em 1930, já em 2000 responderam por quase 30% dos óbitos. Dentro da condição crônica da DAC, sabe-se que 90% dos casos, são decorrentes da obstrução arterial causada por placa aterosclerótica. Essas lesões geram obstruções significativas ao fluxo arterial epicárdico, limitando a oferta de oxigênio ao miocárdio. Considerando que o miocárdio, para

exercer adequadamente sua função contrátil, necessita de suprimento contínuo e elevado de oxigênio e glicose, podemos descrever que a isquemia miocárdica é um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio, sendo que o fluxo coronariano tem papel fundamental para a manutenção deste equilíbrio (NOBRE; SERRANO, 2005).

3.1.2 Doença arterial coronariana

Segundo as Diretrizes da SBC de 2004, a **Angina** é uma síndrome clínica caracteriza por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrico, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores; sendo tipicamente desencadeada ou agravada com atividade física ou estresse emocional e atenuada com uso de nitroglicerina e derivados. A angina acomete usualmente portadores de DAC com comprometimento de, pelo menos, uma artéria epicárdica. A angina pode ser classificada em angina instável e angina estável. A **Angina estável** é caracterizada por desconforto retroesternal, desencadeada pelo exercício ou estresse emocional e aliviada com o repouso ou uso de nitroglicerina. A **angina instável** pode acontecer em repouso, quando usualmente tem duração maior que 20 minutos, ocorrendo há cerca de uma semana; a angina de aparecimento recente tem início há 2 meses; e a angina em crescendo que foi previamente diagnosticada se apresenta mais frequente, com episódios de maior duração ou com limiar menor.

Embora haja algumas discordâncias entre os especialistas no que diz respeito ao início da aterosclerose, existe um consenso de que esta é uma doença progressiva, mas com possibilidade de retardar a sua evolução ou ainda de ser revertida (SCHMELTZER E BARE, 2005).

Hudak e Gallo (1997) mencionam que, no passado, quando um paciente tinha IAM, as únicas alternativas terapêuticas eram a cirurgia ou o tratamento farmacológico com repouso completo no leito em unidade de cuidados coronarianos. Agora, quando a trombose e a estenose subjacente são produzidas por infarto, a terapêutica trombolítica, a ATCP ou ambas oferecem outras alternativas terapêuticas. Visto que as técnicas de revascularização percutânea desenvolveram-se de forma bastante acentuada, expandindo suas indicações e abrangendo um contingente expressivo de pacientes portadores de doença arterial mais complexa e acometimento multiarterial. (CENTEMERO, 2007).

A realização da primeira ATCP em seres humanos, há 30 anos, representou o início de uma nova era do tratamento da DAC. A

evolução técnica desse procedimento, associada ao surgimento e aperfeiçoamento do instrumental utilizado, assim como da terapêutica farmacológica adjunta, transformou a ATCP em uma opção de grande importância na cardiologia moderna. (SOUSA et al., 2009)

Segundo Swearingen e Keen (2005), a ATCP é um procedimento invasivo para melhorar o fluxo sanguíneo através das artérias coronárias estenosadas. Um cateter com ponta de balão é inserido dentro da lesão arterial coronária, sendo inflado para comprimir o material da placa contra a parede do vaso, abrindo, dessa forma, o lúmen estreitado. Está indicada para o candidato cirúrgico cuja angina é refratária a tratamento médico. Também é realizada em indivíduos com IAM, angina pós-infarto, angina pós-colocação de prótese e angina estável crônica. O candidato ideal tem doença de um único vaso, com uma lesão discreta, próxima e não calcificada. À medida que a tecnologia tem progredido, pacientes com condições mais complexas têm-se tornado candidatos de rotina para o procedimento.

Segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2008), a ATCP é o implante do *stent* coronário, com o objetivo de restabelecer o fluxo coronário anterógrado de maneira mecânica. Essa técnica, quando disponível, constitui-se na melhor opção para a obtenção da reperfusão coronária, se iniciada até 90 minutos após o diagnóstico do IAM.

O *stent* coronário é uma órtese destinada ao implante definitivo no leito arterial coronário, com o objetivo de ampliar o diâmetro do vaso obstruído, consistindo em uma malha metálica expansível confeccionada a partir da matéria-prima de aço inoxidável ou outras ligas, cortada a laser com precisão submilimétrica. Esse dispositivo é acoplado a um cateter-balão de entrega para o implante nos vasos coronários. Em janeiro de 2000, no Brasil, os *stents* coronários foram incorporados à lista de procedimentos reembolsados pelo SUS. Existem registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) mais de 20 marcas distintas de *stents* coronários. (SBC, 2008)

Abreu-Rodrigues (2008) afirma que o provimento de cuidados de saúde de qualidade ao paciente coronariano será uma das grandes preocupações dos profissionais do século XXI. Nesse contexto, a compreensão sobre como a enfermidade afeta a vida das pessoas e impõe uma rede de cuidado do paciente que será de grande importância para o entendimento acerca da evolução do seu quadro clínico. Vale ressaltar que, neste processo de busca pela melhor compreensão da rede de cuidado desses pacientes, bem como a prestação de uma assistência de Enfermagem de qualidade, devemos buscar sempre normas e

diretrizes para guiar a assistência dentro dos princípios éticos da profissão. Dessa forma, vamos ao encontro da Lei do exercício profissional n.7486/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Citando o Art. 2º, a Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Nesse sentido, a Resolução COFEN n.358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Essa Resolução considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem. O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. A operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009). Assim, define a importância da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para guiar o cuidado de Enfermagem, neste caso ao paciente coronariano.

Amante et al. (2009) afirmam que para ter uma assistência de Enfermagem adequada e individualizada é necessária a aplicação de uma SAE baseada em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado. Além disso, esta deve estar ajustada conforme as possibilidades de cada instituição: número de funcionários, horas semanais de serviço, dentre outros.

Lembrando ainda que o processo para a SAE é composto de cinco etapas. São elas: investigação, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.

Conforme a Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. A Coleta de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, que é um processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. O Diagnóstico de Enfermagem, no qual

realiza-se o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. Na sequência, o Planejamento de Enfermagem, que determina os resultados que se espera alcançar; e as ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem. Logo após, temos a Implementação ou a fase de realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. E, por último, a Avaliação de Enfermagem, que se trata de um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde/doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Para que todas essas etapas sejam cumpridas, sabe-se que há a necessidade do conhecimento e engajamento de toda a equipe de Enfermagem nesse processo. É nítido que a qualidade da assistência prestada melhora e que todos os envolvidos nesse processo têm lucros, além do paciente. Dessa forma, com a implementação dos diagnósticos de Enfermagem frente ao cuidado do paciente cardiológico, podemos visar uma assistência com cuidados mais específicos a essa clientela, impondo ações que envolvam além dos serviços de saúde. De acordo com a classificação das intervenções de Enfermagem-NIC (BULECHEK, 2010), alguns Diagnósticos de Enfermagem que podemos destacar como mais prevalentes para o paciente submetido a ATCP são: dor aguda, débito cardíaco diminuído, intolerância a atividade, conhecimento deficiente a respeito da doença, ansiedade e perfusão tissular alterada, dentre outros.

Sabemos que para prestar uma assistência de forma adequada e correta é necessário que se estabeleçam critérios, como, por exemplo, a escolha de uma linha teórica, e assim por conseguinte estabelecer as etapas do processo de Enfermagem como preconiza a Resolução do COFEN n.358/2009. E é neste contexto que podemos inserir uma assistência adequada e individualizada à pessoa com DAC submetida a ATCP na sua rede de cuidado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 REDES SOCIAIS E A SAÚDE

Neste estudo foi utilizada a sustentação teórica das redes sociais, redes de atenção à saúde e o cuidado, considerando as perspectivas da assistência integral à saúde das pessoas com DAC, submetidas a ATCP.

Para Fontes (2004), as profundas reestruturações por que passam as sociedades contemporâneas têm impactos bastante significativos em várias esferas da vida social. Admite-se que os laços mantenedores do vínculo social de certa forma também se adaptam às mudanças recentes, e esses processos são analisados como Teoria das Redes Sociais. As redes sociais são pontes que ligam os indivíduos às instituições sociais e estruturam suas biografias em inserções sociais que garantem suas identidades. Existe certo consenso sobre as redes sociais de que as posições sociais dos indivíduos se estruturam a partir das possibilidades que são oferecidas para ter acesso a recursos.

Para o sociólogo italiano Alberto Melucci (1994 apud MARTINS, 2004), a situação normal dos movimentos, hoje, é de não ser uma estratégia de atores, mas a de redes, de pequenos grupos imersos na vida cotidiana, na qual os membros, mediante suas experiências e inovações culturais, contribuem para as formas que assumem as redes.

À medida em que a sociedade se organiza na concepção de redes, Budó (2010) define redes sociais como um sistema auto-organizante, fundamentalmente descentralizado, que opera sem hierarquia, sem organizadores, sem líder condutor. Elas abrangem o conjunto daqueles que interatuam com o indivíduo em seu contexto social cotidiano, e que são, a princípio, acessíveis de maneira direta ou indireta.

O conceito de redes de certa forma nos remete à participação da família em primeira instância, considerando ainda que esta família pode se dar através da participação da vizinhança, membros do convívio profissional, recursos comunitários e, por que não, ainda dos serviços de saúde. Nesse sentido, Serapioni (2005) afirma que a família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros, e algumas mudanças ocorreram na estrutura familiar na sociedade moderna. Ainda assim, a família forma a unidade básica da organização social na nossa sociedade.

Martins (2006) afirma que, por outro lado, deve-se entender que a rede social não gira em torno da “família” e que seja aberta a integração com outras redes (vizinhança, amizade e associações), sendo capaz de

superar os limites de uma visão funcional, tornando as redes sociais primárias de fundamental importância para a estruturação das sociabilidades dos indivíduos nas esferas local, comunitária e associativa. Milardo (1988, apud Portugal, 2006) define que este tipo de rede se dá com indivíduos cuja opinião acerca da vida pessoal é importante para si.

Nesse sentido, Meirelles (2004) afirma que à medida que as redes e movimentos sociais constituam-se em possibilidades de participação civil, como também do Estado, poderemos alcançar transformações na sociedade política propriamente dita e na realidade social.

O desenho das redes permitiria, portanto, aos atores sociais formar um estoque de capital social com o fim de mobilizar recursos. Esses recursos são de certa forma disponibilizados consoante a estrutura das redes sociais em que estão inseridos. (FONTES, 2004)

Porém, além do desafio da criação e implementação dessas redes, observa-se a necessidade de estabelecer alianças intersetoriais entre a iniciativa privada, governo e entidades do terceiro setor. Desafio este que tem sido enfrentado pelo setor saúde. Mendes (2005) afirma que as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária de saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidade sanitária e econômica por essa população.

Almeida (2010) enfatiza a necessidade de uma rede integrada, desde a atenção primária à saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, de modo que distintas intervenções de cuidado sejam percebidas e experimentadas pelo usuário de forma contínua, adequada às necessidades de atenção em saúde.

Segundo Mendes (2010), a solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças com predominância relativa forte de condições crônicas e o sistema de atenção à saúde. Isso exige mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde. Segundo proposta do Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS/MS (BRASIL, 2010), as redes RAS se estruturam segundo os princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e em relação com eles, que devem

responder com eficácia e eficiência às condições agudas e crônicas da população.

Na tentativa de inovar o processo de organização do sistema de saúde, a Comissão de Intergestores Tripartite redirecionou suas ações e serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. (BRASIL, 2010)

As RAS constituem-se de três elementos: **a população** – que é a razão de ser, **a estrutura operacional** – que é constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam-se esses nós, e o **modelo de atenção à saúde** – que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde. (MENDES, 2008).

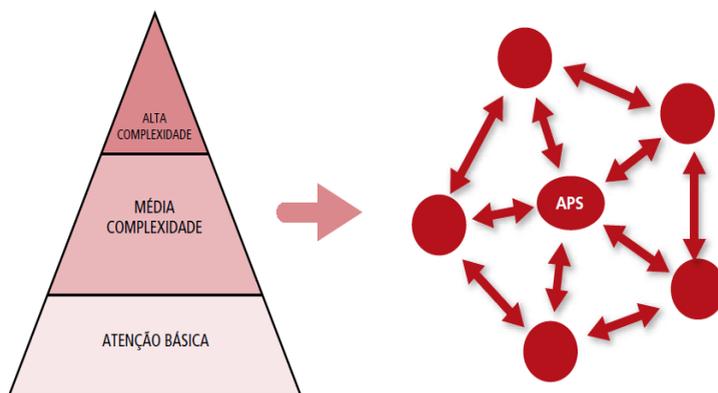


Figura 1: A mudança nos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção a saúde

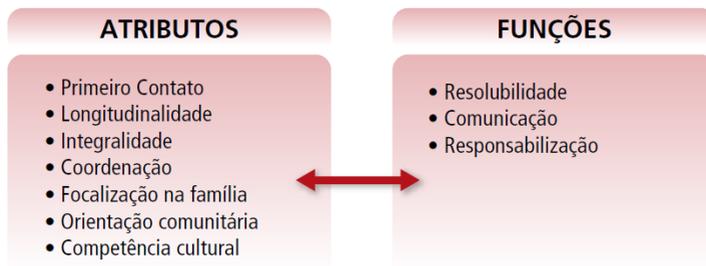
Para Mendes (2011), o centro das RAS é a Atenção Primária em Saúde (APS) e a mudança dos sistemas fragmentados para as RAS só poderá ocorrer, conseqüentemente, se estiver apoiada numa APS robusta e de qualidade.

Mendes (2011) afirma que a implantação dessa nova APS significará superar o paradigma atual da atenção básica e instituir, em seu lugar, um novo paradigma, o da atenção primária à saúde.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, em nossa realidade grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. (OMS, 2003)

Como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente melhorar a atenção primária. Na perspectiva de mudança, surgem proposições no tratamento das condições crônicas, citadas pela OMS (2003) como Cuidados Inovadores para condições crônicas.

Para a OMS (2003), já não é mais adequado considerar as condições crônicas um problema isolado, nem incluí-las nas tradicionais categorias de doenças transmissíveis e não transmissíveis. O tratamento inovador não se baseia na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema. No caso das condições crônicas, as exigências são similares, independentemente de sua causa. Ademais, as estratégias de gestão eficazes são bastante semelhantes para muitos problemas crônicos. O gerenciamento das condições crônicas, incluindo todos os problemas crônicos de saúde, está desenvolvendo uma característica própria na atenção à saúde. De acordo com os novos conceitos de condições crônicas, é importante a qualidade de vida do paciente e de sua família, destacando-se o papel do paciente para a consecução desse objetivo. O paciente não é um participante passivo no tratamento; pelo contrário, é considerado um “produtor de saúde”, com participação ativa no seu cuidado e tratamento.



Fontes: Mendes (2002a); Starfield (2002)

Figura 2: Os atributos e as funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde

Na figura acima, apresentada por Mendes (2011), destacam-se os atributos e funções da atenção primária à saúde nas redes de atenção, sendo que esses atributos constituem a rede de cuidado das pessoas. Cabe salientar principalmente a focalização na família, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos que solidificam e dão sustentação ao desenvolvimento das redes de cuidado.

Assim, ressalta-se a importância destas mudanças. Os sistemas de saúde não sabem como lidar com a crescente epidemia das condições crônicas e, a despeito das limitações de recursos da área da saúde, sendo assim, a OMS (2003), através do Relatório de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas, cita ações para melhorar o Tratamento das Condições Crônicas: 1) apoiar uma mudança de paradigma; 2) gerenciar o ambiente político; 3) desenvolver um sistema de saúde integrado; 4) alinhar políticas setoriais para a saúde; 5) aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde; 6) centralizar o tratamento no paciente e na família; 7) apoiar os pacientes em suas comunidades; 8) enfatizar a prevenção. Todas essas proposições, nas sua abrangência, nos remetem ao conceito de rede de cuidado.

Nesse processo, o desenvolvimento das RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania. (BRASIL, 2010)

Segundo as Diretrizes para Organização das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2010), as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e de eficiência econômica.

Meirelles (2006) enfatiza que, como profissionais, presentes em grande número nos serviços de saúde, compete-nos somar esforços no sentido de potencializar a capacidade natural dos diversos atores e setores da sociedade na conquista dos seus direitos sociais e no exercício pleno da cidadania, contribuindo em ambos os sentidos.

A coordenação dos vários níveis assistenciais, para Almeida (2010), deve ser feita através da articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados a determinada intervenção de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Nesse contexto, torna-se relevante entender até que ponto as redes sociais e as RAS convergem para o cuidado efetivo e a promoção

da saúde das pessoas. Como estes nós, interconectos, repercutem no cuidado direto e atendimento das diversas situações e necessidades do processo de viver.

Reforçando que o cuidado, segundo Boff (2007), é uma atitude de zelo, de desvelo, de ocupação, de preocupação, de responsabilização, de envolvimento afetivo com o outro, e é neste sentido que, como Enfermeiros e profissionais responsáveis pelo cuidar, devemos gerar medidas que visem o desenvolvimento das redes, levando a ações que irão conseqüentemente repercutir no cuidados destes indivíduos. É de dessa forma que conseguiremos desenvolver e fortalecer as redes de cuidado, facilitando o acesso e a promoção da saúde destas pessoas com doenças crônicas.

Marques (2007) afirma que o cuidado produzido pelos serviços de saúde na construção da integralidade desenvolve-se através de ações e serviços que produzam não apenas consultas, atendimentos e exames e procedimentos, mas que sejam implicados com a construção de respostas possíveis às dores, aflições, sofrimentos e problemas dos usuários. E este cuidado deve ser pautado em ações resolutivas, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (referência e contrarreferência).

Dessa forma, podemos corroborar com Lacerda (2000), quando afirma que o cuidado integral pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento entre os sujeitos, e essas relações estão permeadas de conteúdos emotivos que, ao serem expressos, precisam ser acolhidos.

Destacando aqui o cuidado que é realizado através das redes sociais, observamos, através de uma pesquisa realizada com crianças em necessidades especiais de saúde por Rezende e Cabral (2010), que os principais cuidadores são os familiares, principalmente as mães e avós, demonstrando uma rede de cuidado restrita. A extensa e pesada demanda de cuidados levou as mães a pararem de trabalhar, o que diminui a renda familiar. Lembrando que esta rede social, segundo Lacerda (2000), ultrapassa o sistema de saúde e aponta para um circuito de cuidado. É por meio destas redes de apoio social que circulam diversos bens tangíveis e intangíveis, e o cuidado e as emoções são alguns desses bens simbólicos circulantes.

Para Meirelles (2004), a estratégia em rede cria novas possibilidades para a otimização de recursos financeiros e humanos, estimulando ações de promoção da saúde entre os setores da sociedade, incluindo o Estado, e não somente o responsabilizando.

A palavra rede é bem antiga e vem do latim *retis*, significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que forma uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações. (OMS apud RITS, 2008, p. 19)

Segundo a Portaria n. 4279 de 2010, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o modelo de atenção definido na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza uma contraposição ao modelo atual, que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. No sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde– OPAS/MS (BRASIL, 2008), as redes podem ser consideradas mecanismos que permitem o compartilhamento de informações e experiências e a valorização do processo de comunicação. Isso possibilita a perpetuação do conhecimento de seus atores. Nesse sentido, o trabalho em rede torna-se um importante instrumento de apoio às atividades e à concretização de ações efetivas de saúde pública.

Dessa forma, Meirelles (2004) define as redes sociais como determinantes nas condições de enfrentamento das necessidades de saúde das populações e como estratégia de articulação de vários setores sociais (organizações não governamentais – ONGs, instituições filantrópicas, movimentos populares, órgãos e serviços estatais nas áreas de saúde e bem-estar, etc.) para a formulação de ações conjuntas.

Nesse sentido, em estudo realizado por Andrade (2002) constatou-se que as redes proporcionam apoio ou remetem ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada.

Mendes (2008) afirma que há evidências, na literatura internacional, de que as redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

Diante da abordagem das redes, nos reportamos à necessidade da interlocução entre estas e o cuidado, pois é através dessa interação que poderemos prestar o cuidado integral ao sujeito com DAC. Levando em consideração que o Enfermeiro é o grande potencializador dessa rede de cuidado, torna-se relevante que esta discussão seja realizada entre esses profissionais.

Segundo Serapioni (2005), atualmente, há um grande número de propostas de políticas e sociais baseadas na concepção de “cuidado comunitário” (*Community Care*), que aproximam a assistência institucional e a não institucional, a formal e a informal, incluindo as redes de solidariedade primárias (parentescos, amigos, vizinhos) e o voluntariado.

Pensar no cuidado em suas múltiplas dimensões implica levar em conta que ele se apoia em grande medida nas situações de vida de cada sujeito. A prática da integralidade demanda a compreensão dos itinerários terapêuticos a partir das múltiplas dimensões que o compõem e que implicam levar em conta o cuidado como valor, onde as necessidades em saúde e as demandas dos usuários são compreendidas de forma ampliada a partir dos contextos onde elas tomam forma e sentido, ou seja, de suas situações de vida. (GERHARDT, 2007).

De uma maneira bastante esclarecedora, Gutierrez (2008) define que o conceito de redes é extremamente útil para o entendimento da produção de cuidados da saúde na família, permitindo vários enfoques: a consideração da família extensa como rede, a participação da vizinhança e elementos de outros contextos (como trabalho e escola), os vários recursos comunitários e os serviços de saúde.

Uma rede de suporte social bem estruturada parece ser fundamental para o processo de cuidado. Articulada com diferentes campos da área social, como lazer, trabalho, segurança social, educação, entre outros, necessária para atender às necessidades dos indivíduos e comunidades, uma rede social não se faz apenas na esfera da saúde, mas também na esfera da construção histórico-social diante da diversidade e da pluralidade dos cotidianos vivenciais. (FRANCIONI, 2010)

Meirelles (2006) afirma que, como Enfermeiros, temos a responsabilidade na participação ativa em estratégias de articulação interinstitucional e intersetorial e com a visão complexa, na potencialização do cuidado.

Ao avaliar todos esses sistemas de redes para integralidade do cuidado de um modo geral, nos remetemos para a equipe de saúde que está inserida neste emaranhado de nós e faz-se extremamente importante neste processo. E dentro dessa equipe encontra-se o Enfermeiro, que, como profissional da saúde, também está inserido nas discussões a respeito das ações em rede e das redes sociais.

A atenção à saúde no SUS é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado médico e, suplementarmente, do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente, porque os médicos e enfermeiros são sobredemandados por pessoas usuárias com riscos menores – 65% a 80% delas – que poderiam estar com uma atenção focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos escassos. (MENDES, 2011)

4.2 REDES DE CUIDADO

Tendo em vista a escassez de citações e referências nesta temática específica das Redes de Cuidado é que observou-se a necessidade de aprofundamento e discussão deste tema, o qual podemos destacar aqui por ser extremamente inovador, além de ter suma importância para evolução do cuidado prestado. Trata-se de discutir de que forma as ações intersetoriais e o apoio recebido dos diversos atores sociais contribuem efetivamente para a melhoria da saúde das pessoas, neste estudo com DAC e submetidas a ACTP.

Tonnera (2011) afirma que existe a necessidade de continuar potencializando a rede de cuidado, uma vez que, diante de uma rede de cuidado familiar restrita, o reforço das ações de cuidado influenciam positivamente a vida dessas pessoas. Quanto ao potencial de atendimento disponibilizado pela rede de cuidado institucional/profissional de saúde, esta necessita de ações de investimentos nos serviços públicos que possam promover a qualidade na assistência, haja vista as limitações diárias, como: a estrutura física inadequada e o número limitado de profissionais qualificados para atender à demanda crescente de atendimentos.

Além das redes serem, de uma forma geral, importantes para o desenvolvimento do cuidado, de certa forma esta rede de cuidado na qual formam-se vínculos torna esse cuidado mais seguro e contínuo, pois está presente diariamente no cotidiano desta pessoa que necessita de cuidado.

A rede familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e inclusão social. Além disso, essas estruturas possibilitam a conservação dos vínculos relacionais, permitindo melhoria na qualidade de vida. É no ambiente familiar, no relacionamento com vizinhos, que as pessoas estabelecem relações primárias, as quais constituem a sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. A condição de saúde das pessoas influencia na situação de sua rede social. Dessa condição, surgem situações em que a rede é mobilizada em uma contribuição positiva para a saúde. (SOUZA, 2010)

5 REFERENCIAL METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha do referencial metodológico se deu em função do problema de pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa que foi desenvolvida em campo, visando inserção na prática, optou-se pela pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade Convergente Assistencial.

Realizou-se um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo, com a intenção de compreender como se estabeleceram as relações entre as pessoas com DAC e sua rede de cuidado, sob o olhar dessas pessoas. O foco da pesquisa qualitativa concentrou-se nas percepções e nas experiências vividas pelos indivíduos, e isso envolveu a participação ativa e a sensibilidade dos participantes. Creswell (2007) relata algumas características da pesquisa qualitativa: geralmente é realizada em cenários naturais, onde ocorrem comportamentos humanos e os fatos; ela é baseada em suposições; o pesquisador é instrumento primário de coleta de dados; os dados que emergem da pesquisa qualitativa são descritivos, ou seja, são relatados em palavras ou desenhos; o foco da pesquisa qualitativa está nas percepções e nas experiências dos participantes e na maneira como eles entendem a vida.

Para Matheus (2006), a pesquisa qualitativa possui a capacidade de fazer emergir aspectos novos, descobrir novos nexos ou novas articulações de significados. Sendo assim, pode-se afirmar que os produtos das pesquisas qualitativas facilitam a maior compreensão do mundo e permitem vislumbrar ações mais eficazes, já que levam em conta a particularidade dos sujeitos.

Nessa direção, a principal característica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) consiste na articulação intencional com a prática assistencial, em que, segundo Trentini & Paim (2004), as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. Essa articulação ocorre principalmente durante a coleta de informações, quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa. A modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial foi desenvolvida pela compreensão de Trentini & Paim, na qual o pesquisador está comprometido com a melhoria do contexto social e o ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo da pesquisa. Sendo assim, ela valoriza o “saber pensar” e também o “saber fazer”.

De acordo com as criadoras da PCA, Trentini e Paim (2008), surgiram novas ideias em 2008 que complementaram a metodologia. A PCA é caracterizada pelos seguintes critérios: essencialidade, conectividade, interfacialidade e imersibilidade.

Os pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial são:

- Comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, incluindo o saber-pensar ao saber-fazer, criando alternativas para minimizar ou solucionar os problemas cotidianos.
- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência estimula simultaneamente a prática assistencial e a investigação científica.
- A PCA tem o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações desse contexto.
- O profissional de saúde é um potencial pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, possibilitando uma atitude crítica no trabalho que realiza.

A Pesquisa Convergente Assistencial é dividida em cinco fases: fase de concepção, fase de instrumentação, fase de perscrutação, fase de análise e fase de interpretação.

A fase de concepção é o momento em que surge o problema de pesquisa, ou seja, por onde começar. A fase de concepção é formada pela pergunta de pesquisa, objetivos e revisão de literatura. Segundo Trentini & Paim (2004), na PCA o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e, portanto, estará associado à situação do problema da prática. E foi através da prática assistencial, do contato diário com estes pacientes submetidos a ATCP que emergiu a necessidade de buscar qual a rede destes pacientes e estabelecer melhores orientações para estes pacientes, uma vez que eles questionam sobre suas mudanças no estilo de vida, sobre os locais de saúde com os quais devem estabelecer vínculos, e muitos deles acabam retornando por complicações de falta de cuidados em saúde.

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

O próximo passo consiste nas decisões metodológicas, ou seja, o início da fase de Instrumentação, pois, segundo Trentini & Paim (2004), a PCA se revela através de movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática.

O espaço escolhido para realização da pesquisa foi o local no qual se identificou o problema de pesquisa, pois na PCA o espaço deve ser aquele em que há presença de pessoas engajadas em atividades assistenciais. Nesta pesquisa, isso se deu num serviço de referência estadual em cardiologia – o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), no setor de Ambulatório.

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina foi criado pelo Decreto GP - 28/05/62 / n. 1.508, funcionando em instituições de saúde de Florianópolis, como no Hospital Nereu Ramos e posteriormente no Hospital Governador Celso Ramos. Foi inaugurado em 19 de abril de 1963. Sua sede própria foi inaugurada em março de 2007, dividindo área física com o Hospital Dr. Homero de Miranda Gomes – Hospital Regional de São José. Sua estrutura física conta com uma Unidade de Emergência, uma Unidade Coronariana, dividida em cinco leitos clínicos e cinco cirúrgicos, três Unidades de Internação, Centro Cirúrgico, de Medicina Nuclear, e Ambulatório. O Ambulatório, setor onde foram coletados os dados para esta pesquisa, é composto de setor de marcação de consulta, sala de curativos, sala de ecocardiograma, sala de teste de esforço, setor de arritmia (instalação de Holter e mapa), ambulatório de miocardiopatia, ambulatório para consultas de acompanhamento cardiológico (agendamento através da unidade de saúde e solicitação de retorno pós-alta hospitalar).

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina tem um número de internações médio mensal (janeiro a maio 2013) de 264 internações/mês. Dentre essas internações, realizam-se procedimentos como cirurgias cardíacas, cateterismos e ATCP. No período de cinco meses (janeiro a maio de 2013), uma média de 74 cirurgias cardíacas de grande porte foram realizadas, sendo elas 44 cirurgias de revascularização do miocárdio e 30 cirurgias de troca valvar. E o serviço de hemodinâmica realizou no tempo médio de 4 meses (fevereiro a maio de 2013) uma média de 208 ATCPs e 473 cateterismos cardíacos.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na PCA a amostra deve ser constituída por sujeitos envolvidos no problema e os que têm mais condições para contribuir com informações, pois, para Trentini e Paim (2004), a PCA valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade de informações, não valorizando o princípio de generalizações. Dessa forma, os participantes desta pesquisa foram os pacientes com DAC que foram submetidos pela primeira vez a angioplastia transluminal coronária percutânea e retornaram para a primeira consulta de acompanhamento no Ambulatório de Cardiologia do Instituto de Cardiologia de SC, e que aceitaram participar do estudo. A pesquisadora determinou por alguns dias, analisando a agenda diária de consultas a serem realizadas no dia, os pacientes que seriam encaminhados para a consulta de retorno pós-angioplastia transluminal coronária percutânea, e os mesmos foram convidados a participar do estudo.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, ter sido submetido pela primeira vez ao procedimento de angioplastia transluminal coronária percutânea, independente do número de *stents*, estar realizando a primeira consulta de retorno pós-ATCP, e ter bom discurso verbal. E os critérios de exclusão foram: já ter sido submetido previamente a angioplastia transluminal coronária percutânea, ou qualquer outro procedimento de intervenção coronariana, já ser doente coronariano crônico ou já ter passado pela consulta de retorno.

Totalizou-se dessa forma nove pacientes que aceitaram participar da pesquisa. A caracterização dos sujeitos está apresentada na Tabela 1:

Tabela 1: Caracterização das pessoas com DAC, submetidas a ATC.

	Idade	Sexo	Profissão	Comorbidades	Estado civil	Grau escolar	Com quem veio à consulta	Tempo pós ATC
P1	43a	F	Corretora de imóveis	Dislipidemia/ HAS/ Tabagismo	Casada	Ensino fund. comp.	Sozinha	30 dias
P2	74a	F	Aposentada	Dislipidemia/ HAS/ Depressão	Casada	Ensino médio comp.	Vizinha	42 dias
P3	45a	M	Eletrotécnico	HF+ p/ DAC/ Tabagista	Casado	Ensino médio comp.	Esposa	34 dias
P4	35a	F	Vendedora	Dislipidemia/ ex-tabagista/ HAS	Casada	Ensino médio comp.	Pai	35 dias
P5	82a	M	Aposentado	HF+ p/ DAC/ HAS/ Adenocarcinoma gástrico	Casado	Ensino fund. incomp.	Nora	37 dias
P6	50a	M	Servente de Pedreiro	HAS/ ex-Etilista/ ex-Tabagista/ Dislipidemia	Casado	Ensino fund. incomp.	Sozinho	30 dias
P7	58a	M	Pedreiro	DM/ Tabagista/ HF + p/ DAC	Casado	Ensino fund. incomp.	Esposa	67 dias
P8	75a	F	Aposentada	HAS/ HF+ p/ DAC	Casada	Ensino fund. comp.	Nora	56 dias
P9	65a	F	Do lar	HAS/ Dislipidemia	Casada	Ensino fund. incomp.	Esposo	30 dias

Na pesquisa qualitativa, os participantes e o local da pesquisa são escolhidos propositalmente, e estes devem ser os mais indicados para auxiliar o pesquisador a responder a questão da pesquisa. (CRESWELL, 2010)

Inicialmente, não foi definido o número de participantes. O tamanho da amostra obedeceu à saturação dos dados, ou seja, quando os dados se repetiram ou não acrescentaram novas informações aos dados já coletados. Para Fontanella (2008), no fechamento amostral por saturação não é mais considerado relevante persistir na coleta de dados quando os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador uma certa redundância.

5.4 COLETA DE DADOS

É nesta fase que iniciamos a operacionalização da pesquisa, ou seja, a fase de Prescrutação. Nesta fase foram organizadas as estratégias para obtenção das informações. No processo da PCA, Trentini & Paim (2004) afirmam que as abordagens utilizadas para obtenção das informações se constituem em espaços abertos à construção das mais variadas formas de procedimentos associados tanto aos rigores das linhas teóricas, como da escuta do outro com sensibilidade e criatividade.

O período de coleta de dados se deu de junho a setembro de 2012, através de realização de Consulta de Enfermagem. A consulta de enfermagem foi realizada no ambulatório de cardiologia após 30 dias de alta hospitalar, quando os pacientes retornavam para a consulta de acompanhamento.

Os participantes foram esclarecidos a respeito das informações e da intencionalidade da pesquisa e orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Após esta etapa, os participantes foram convidados a realizar uma consulta de enfermagem antes da consulta médica, a qual contemplou as questões de pesquisa, com a pesquisadora e em um ambiente privativo (consultório).

Os dados que alimentaram a pesquisa foram coletados em todas as etapas da consulta de enfermagem, porém, de modo mais focal, quando a enfermeira pesquisadora solicitou que o paciente falasse a respeito de sua rede de cuidado.

Segundo a Resolução COFEN-159/1993 (COFEN, 1993), a Consulta de Enfermagem, é uma atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que

contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, a mesma compõe-se de histórico de enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem. A institucionalização da Consulta de Enfermagem como um processo da prática de enfermagem aponta na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população.

Os tópicos que nortearam o diálogo foram: relacionados ao conhecimento sobre a doença (conhecimento, medos, tipos de medicação de que faz uso, mudanças no estilo de vida), relacionados à rede de cuidados (novos elos, conhecimento da rede, membros da rede, necessidades de orientação), relacionados aos serviços de referência e contrarreferência (novos elos para a rede, alternativas para a rede, relação da rede de cuidado com as redes de atenção à saúde) (Apêndice A).

Nesse momento, no qual me apropriei das informações para elaboração desta pesquisa, aconteceu o momento de convergência, ou seja, a realização das Orientações de Enfermagem através do estabelecimento de um diálogo entre enfermeira e paciente, contribuindo com meus conhecimentos acerca das dúvidas que surgiram em relação a este processo de adoecimento, tratamento, dieta, encaminhamentos, entre outras.

Essas informações foram registradas em gravador MP3 e posteriormente foram transcritas para análise dos dados.

5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Então chegou-se à última fase da PCA, a fase de análise e interpretação dos dados ou resultados. Esta começou pelo processo de apreensão, onde as entrevistas foram transcritas e organizadas para o processo de codificação. Trentini & Paim (2004) afirmam que, após a codificação, inicia-se o processo de formação de categorias. E, conseqüentemente, segue-se a fase de interpretação, que foi dividida em síntese, teorização e transferência.

As entrevistas foram transcritas literalmente pela pesquisadora. Após, foram organizadas e estruturadas, para então iniciar a obtenção de significado dos dados, ou seja, a codificação. Em seguida, leram-se os

dados em busca de significados, desenvolvendo um esquema de categorias. Assim, iniciou-se o processo de organização dos dados, em busca de semelhanças que conectassem as informações nas categorias. Para isso foram necessárias várias releituras dos dados, para que as informações se adequassem às categorias, para então seguir no processo de interpretação dos dados, no qual foram realizadas a síntese dos dados, teorização e finalmente a transferência dos dados.

A interpretação da PCA, para Trentini e Paim (2004), compreende três processos fundamentais correspondentes à análise de dados. O processo de síntese, que é a parte da análise, examina subjetivamente as associações e variações das informações. O próximo passo é a teorização, que consiste em descobrir os valores contidos nas informações, para em seguida elevar essas informações ao mais alto nível de abstração para a formulação de novos conceitos, suas definições e inter-relações, constituindo a conclusão do estudo. E por último temos o processo de transferência, que consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas.

Assim, a análise apontou para as seguintes macrocategorias, que serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo:

- identificando as relações na rede de cuidado na família e entre os amigos e na busca de cuidado profissional; considerando as potencialidades e fragilidades da rede;
- sentindo que está doente e buscando saber sobre a doença para se cuidar, com proposições para o cuidado a pessoas com DAC.

5.6 RIGOR

Trentini & Paim (2004) descrevem que, para o desenvolvimento da PCA, é necessário, antes de tudo, ter credibilidade, pois o relatório deve apresentar total transparência e fidelidade às interpretações das experiências humanas. Além disso, a PCA requer explicitação ética, pois está inserida no cenário assistencial e vem à tona, não só para retratar as situações vividas, mas também descobre os avanços possíveis do conhecimento e novas ações a partir delas.

Neste estudo, os aspectos éticos se iniciaram antes da entrada em campo para coleta de dados, pois o mesmo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Após a aprovação sob o Protocolo de nº 34575, então se iniciou o processo de coleta dos dados. Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

(BRASIL, 1996) relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

As pessoas foram convidadas a participar e esclarecidas individualmente, com linguagem acessível, acerca dos objetivos da pesquisa e dos riscos e benefícios que ela buscava promover, e da não obrigatoriedade da sua participação. Informou-se também que em qualquer momento da pesquisa poderiam solicitar sua exclusão. Foi destacado a cada sujeito o direito de sua privacidade, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações, e que ficará resguardada confidencialmente a sua identidade. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias (Apêndice B), uma para arquivo do pesquisador e outra para o participante da pesquisa.

Ressalta-se que um dos objetivos e compromisso ético desta pesquisa implica em retornar os resultados aos sujeitos envolvidos no processo, finalizando, assim, a etapa de Convergência da pesquisa, como determina a PCA.

Além disso, a realização desta pesquisa foi permeada, em todos os momentos, pelo respeito à individualidade, aos valores e à cultura de cada participante. Ainda, com este estudo se teve o compromisso de contribuir no processo de construção de conhecimento acerca desta temática na área da Enfermagem, bem como reavaliar a assistência de enfermagem e demais necessidades destes pacientes no processo de saúde/doença, visando dessa forma novas estratégias de atuação dos enfermeiros junto aos doentes coronarianos.

Foram observadas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa. Sendo assim, respeitando a relação entre pesquisador e participante, manteve-se o anonimato dos participantes, identificados nas falas através da letra P, seguida de número sequencial, além da preservação do acervo sob os cuidados e guarda da pesquisadora por 5 anos.

6 RESULTADOS

Como resultado das análises dos dados através da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (2008), e visando compreender as relações na rede de cuidado das pessoas submetidas ATCP, esta pesquisa deu origem à produção de dois manuscrito:

- Manuscrito 1 - Rede de cuidado a pessoas submetidas à angioplastia coronariana

- Manuscrito 2 - Angioplastia transluminal coronariana: uma construção das orientações de enfermagem

6.1 MANUSCRITO I: REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS À ANGIOPLASTIA CORONARIANA

REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS À ANGIOPLASTIA CORONARIANA

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, cujo objetivo é compreender como se estabelecem as relações entre as pessoas submetidas à Angioplastia Transluminal Coronariana Percutânea (ATCP) atendidas em um serviço de referência e sua rede de cuidado, identificando as potencialidades e fragilidades quanto à sua rede de cuidado. Participaram nove pessoas submetidas a ATCP. Os dados foram analisados tematicamente e através do referencial das redes. Os resultados revelaram que existem relações de cuidado na família e entre os amigos, além da busca de cuidado profissional na rede social. As redes constituem-se de potencialidades e fragilidades. Conclui-se que as relações entre as pessoas submetidas a ATCP e sua rede de cuidado ocorreram basicamente entre familiares, amigos e profissionais da saúde, tendo como ponto de partida a ampliação dessas redes. As relações positivas fortalecem o enfrentamento das dificuldades encontradas.

Palavras-Chave: Cuidado. Rede social. Enfermagem. Doença coronariana. Doença crônica.

RED DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA

RESUMEN: Este es el tipo de investigación cualitativa convergente cuyo objetivo es comprender cómo las relaciones se establecen entre personas que se someten a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) que asisten a un servicio de referencia y su red de atención, identificando las fortalezas y debilidades relativas su red de atención. Participaron nueve personas sometidos a ACTP. Los datos se examinaron mediante análisis de contenido y redes. Los resultados revelaron que no importa las relaciones en la familia y entre amigos, además de la búsqueda de atención profesional en la red social. Las redes se componen de los puntos fuertes y débiles. Llegamos a la conclusión de que las relaciones entre las personas sometidos a ACTP y su red de atención se produjo principalmente entre familiares, amigos y profesionales de la salud, tomando como punto de partida la expansión de estas redes. Las relaciones positivas fortalecer para hacer frente a las dificultades.

Palabras clave: Cuidado. Red Social. Enfermería. Enfermedad crónica.

NETWORK OF CAUTION TO PERSONS UNDER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY

ABSTRACT: This is the type of qualitative research convergent whose goal is to understand how relationships are established between people undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) attending a referral service and its network of care, identifying strengths and weaknesses regarding its network of care. Participated nine people undergoing PTCA. Data were examined by analysis of content and networks. The results revealed that there care relationships in the family and among friends, in addition to seeking professional care in the social network. The networks are made up of strengths and weaknesses. We conclude that the relationships between people undergoing PTCA and its network of care occurred primarily among family, friends and health professionals, taking as its starting point the expansion of these networks. The positive relationships strengthen coping with difficulties.

Key words: Care. Social Network. Nursing. Chronic disease

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no ano de 2011 foram registrados 293.692 óbitos no Brasil decorrentes de doenças do aparelho circulatório, sendo que no Estado de Santa Catarina foram registrados 8.979 óbitos decorrentes da mesma causa.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), considerada como uma condição crônica que pode ser prevenida através da identificação dos fatores de risco.

Os fatores de risco considerados tradicionais, como hipercolesterolemia, tabagismo, sedentarismo, hipertensão, diabetes e obesidade, não foram encontrados em 35% dos casos de DAC, uma vez que fatores como estresse emocional relacionado ao ambiente de trabalho e problemas pessoais e familiares também representam risco de adoecer. (ROMANO, 2008)

Nas últimas décadas, muitas tecnologias se desenvolveram na prática clínica, em relação às alternativas de tratamento para a intervenção cirúrgica. Desde a década de 90, iniciou-se o uso das próteses coronarianas, os *stents*, através de uma técnica minimamente invasiva, a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (ATCP).

Jacob (2012) afirma que a cirurgia de revascularização do miocárdico é um procedimento que vem se tornando menos recomendado, em virtude de causar maior tempo de internação e oferecer maior risco de mortalidade no perioperatório, que ocorre em 2 a 5% dos procedimentos.

Um trabalho realizado por Campos (2010) observou traços emocionais específicos relacionados ao nível de informação recebida por pacientes coronarianos, mostrando diferenças acentuadas de respostas em relação à adaptação ao tratamento médico.

Desde o surgimento dos primeiros sintomas até o diagnóstico e a definição do tratamento podem ser gerados abalos emocionais e representações significativas tanto na vida do indivíduo com DAC, como também na vida e cotidiano da sua família.

Estudo realizado por Caetano e Soares (2007), que avalia a qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), demonstra que a vida se torna difícil em virtude das dificuldades para acessar o sistema de saúde, da ineficiência desse sistema, dos problemas para compra de remédios ou para fazer o tratamento, da ansiedade por não compreender sua doença ou pela enfermidade de um ser querido.

Todas essas ações, muitas vezes, vão além das competências dos serviços de saúde, exigindo envolvimento de outros atores sociais e setores da sociedade. Assim, por conta desta nova situação a ser vivenciada, é que Meirelles (2004) afirma que as redes de apoio social têm papel determinante como mediadoras e facilitadoras no início e nos passos subsequentes da busca de ajuda, já que seus membros propiciam apoio contínuo aos pacientes para aderir ao tratamento, até sua recuperação ou manutenção da saúde.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/MS (BRASIL, 2008), as redes podem ser consideradas mecanismos que permitem o compartilhamento de informações e experiências e a valorização do processo de comunicação. Isso possibilita a perpetuação do conhecimento de seus atores. Nesse sentido, o trabalho em rede torna-se um importante instrumento de apoio às atividades e à concretização de ações efetivas de saúde pública.

Mendes (2008) afirma que há evidências, na literatura internacional, de que as redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

O conceito de redes de certa forma nos remete à participação da família em primeira instância, considerando ainda que esta família pode se dar através da participação da vizinhança, membros do convívio profissional, recursos comunitários e, por que não, ainda dos serviços de saúde. Nesse sentido, Serapioni (2005) afirma que a família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros, e algumas mudanças ocorreram na estrutura familiar na sociedade moderna. Ainda assim, a família forma a unidade básica da organização social na nossa sociedade.

O desenvolvimento das RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde, com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania. (BRASIL, 2010)

Diariamente, no cotidiano assistencial observa-se que muitas vezes os pacientes que foram submetidos à ATCP recebem alta sem orientações sobre sua doença e sobre serviços de referência para dar sequência ao tratamento e cuidados pós-ATCP. Isso traz uma lacuna ao cuidado efetivo desses pacientes. Dessa forma, o estudo proposto teve a

seguinte questão norteadora: Como se estabelecem as relações entre as pessoas com DAC, submetidas à ATCP, e sua rede de cuidado?

Como enfermeira, surgem reflexões sobre a abrangência das ações de cuidado para o atendimento das necessidades desses sujeitos e como a enfermagem pode interagir no sentido de potencializar a rede de cuidado das pessoas com DAC submetidas à ATCP.

O estudo proposto teve o objetivo de compreender como se estabelecem as relações entre as pessoas submetidas à ATCP atendidas em um serviço de referência e sua rede de cuidado, identificando as potencialidades e fragilidades apontadas pelas pessoas submetidas a ATCP, no que se refere à sua rede de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo, na modalidade Convergente Assistencial. Quanto à Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), a principal característica consiste na articulação intencional com a prática assistencial, em que, segundo Trentini e Paim (2004), as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. A modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial foi desenvolvida pela compreensão de Trentini e Paim (2004), na qual o pesquisador está comprometido com a melhoria do contexto social e o ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo da pesquisa. Sendo assim, ela valoriza o “saber pensar” e também o “saber fazer”.

A Pesquisa Convergente Assistencial é dividida em cinco fases. A primeira, a **fase de concepção**, é o momento onde surge o problema de pesquisa, e é formada pela pergunta de pesquisa, objetivos e revisão de literatura. Segundo Trentini & Paim (2004), na PCA o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador.

O próximo passo consiste nas decisões metodológicas, ou seja, o início da **fase de Instrumentação**, pois, segundo Trentini & Paim (2004), a PCA se revela através de movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, com escolha do espaço da realização da pesquisa, no qual foi identificado o problema de pesquisa. Nesta pesquisa isso se deu num serviço de referência estadual em cardiologia – o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – ICSC, no setor de Ambulatório. Na PCA a amostra deve ser constituída por sujeitos envolvidos no problema e os que têm mais condições para contribuir com informações. Dessa forma, os participantes desta pesquisa foram nove pacientes com DAC que foram submetidos pela

primeira vez à angioplastia transluminal coronária percutânea e retornaram para a primeira consulta de acompanhamento no Ambulatório. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, ter sido submetido pela primeira vez ao procedimento de angioplastia transluminal coronária percutânea, independente do número de *stents*, realizar a primeira consulta de retorno pós- procedimento, ter bom discurso verbal. A amostra se encerrou por saturação dos dados, ou seja, quando os dados se repetiram ou não acrescentaram novas informações aos dados já coletados.

Na **fase de Prescrutaçã**o é que iniciamos a operacionalização da pesquisa, com organização das estratégias para obtenção das informações. O período de coleta de dados foi de junho a setembro de 2012, através de Consulta de Enfermagem (Histórico de Enfermagem: entrevista clínica e exame físico). A consulta de enfermagem foi realizada após 30 dias de alta hospitalar, Na consulta de enfermagem, a enfermeira pesquisadora solicitava que o paciente falasse a respeito de sua rede de cuidado. As informações foram registradas em gravador MP3 e transcritas para análise dos dados.

Então chegou-se à última fase da PCA, a **fase de análise e interpretação dos dados**. As entrevistas foram transcritas e organizadas para o processo de codificação. Trentini e Paim (2004) afirmam que, após a codificação, começa o processo de formação de categorias.

Neste estudo, os aspectos éticos se iniciaram antes da entrada em campo para coleta de dados, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo de nº 34575/2012. Foram cumpridas as determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

Ressalta-se que um dos objetivos e compromisso ético desta pesquisa implica em retornar os resultados aos sujeitos envolvidos no processo, finalizando, assim, a etapa de Convergência da pesquisa determinada pela PCA.

Foram obedecidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando a relação entre pesquisador e participante, mantendo o anonimato dos participantes, utilizando-se para a identificação das falas dos participantes a letra P seguida de número, e a rede foi identificada com a letra R seguida do mesmo número do participante, além de preservação do acervo sob os cuidados da pesquisadora.

RESULTADOS

Inicia-se agora a descrição das categorias que emergiram nesta pesquisa, e aqui se analisa cada uma delas de acordo com as falas dos entrevistados, ao mesmo tempo em que é realizado o cruzamento com as referências pesquisadas. Dessa forma nasceram então os frutos desta pesquisa.

Identificando as relações na rede de cuidado

Torna-se importante contar com o apoio de familiares e amigos neste momento, como também os profissionais demonstram que sabem que podem contar como uma fonte de apoio, tornando este momento mais leve, facilitando as mudanças no estilo de vida, a adesão ao tratamento e as possíveis medidas a serem adotadas para a promoção da saúde.

As relações de cuidado na família e amigos

As relações de cuidado se estabelecem naturalmente e independente de as pessoas serem membros da família, amigos ou vizinhos. A preocupação, o zelo, o cuidado, o carinho e a atenção para com o ente que necessita de cuidado faz-se presente da mesma forma e com a mesma intensidade.

Podemos observar pelas falas que a família e os amigos são o suporte que fornece apoio emocional quando o indivíduo vivencia momentos de fragilidade, e as suas práticas do cuidado se destacam no processo de saúde/doença:

“Tem uma sobrinha minha, que também é de Camboriú, eu chamei, ela vem na hora. É como minha filha. [...] E tem um senhor lá, que é muito amigo meu, esse que veio me trazer aqui. É muito amigo ele.” P2

“Quando eu fiquei ruim, a vizinha veio e me levou no hospital. Ela tá sempre ali comigo, cuidando. Tá sempre por perto.” P8

“A família dá a vida por mim. Os filhos estão comigo. Deus me livre!” P5

As doenças crônicas geram agudizações e, por estas, inúmeras internações hospitalares, tratamentos contínuos com medicamentos, muitas vezes de alto custo, acompanhamentos com especialistas, exames

periódicos, além de longos ou permanentes afastamentos das atividades de trabalho.

Observa-se que o apoio material também se faz necessário e presente neste momento, visto que muitos destes indivíduos necessitam de afastamento por períodos extensos do trabalho, diminuindo sua capacidade produtiva e conseqüentemente sua renda familiar, dificultando o acesso aos medicamentos prescritos, seguimento da dieta recomendada, entre outros cuidados necessários.

“Ah, os filhos ajudam muito! Emprestam dinheiro... Os filhos às vezes levam ele pra tocar violão, mas eles trabalham muito, não podem ficar saindo: um tem marmoraria, o outro trabalha fora.” R7

A ajuda, o zelo, o cuidado que a família demonstra neste momento é o suporte para que sigam o tratamento e para que tenham força de continuar a viver.

Contar com a família como sua rede de cuidado é bastante significativo, pois, diante da necessidade de cuidado que uma doença crônica como a DAC impõe, esta se torna o ponto de apoio nos momentos de dificuldades:

“Ajuda. Eu tenho uma filha que é enfermeira, também. Ela fez técnico de enfermagem, e enfermagem do trabalho. Ela trabalha em uma fazenda de plantação, que agora[,] pela quantidade de funcionário[,] tem que ter. Se precisar ir ao médico, ela ajuda, sabe? Tudo essas coisas. Nós moramos no mesmo pátio.” P6

“A esposa cuida de tudo direitinho, remédio, isso aí ela cuida.” P5

“O meu marido está sendo uma dona de casa. [...] Meu marido cuida de mim. É por isso que é bom envelhecer os dois juntos. Que Deus dê saúde para um cuidar do outro!” P9

As relações estabelecidas neste momento da vida qual o indivíduo precisa de apoio, seja ele emocional, material ou educacional, estabelecem proporções maiores do que em outras circunstâncias do processo de viver. Dessa forma, contar com o apoio dos familiares, amigos e vizinhos para auxiliar neste cuidado é sempre importante, pois dificilmente um indivíduo consegue passar por um processo de doença sozinho. Observa-se que neste momento resgatam-se alguns elos de confiança já pré-estabelecidos, com pessoas ou com as quais se tem

mais afinidade, para dividir este momento que gera incertezas, dúvidas, medos e angústias na vida no indivíduo que o vivencia.

A busca de cuidado profissional na sua rede social

As redes sociais, em especial a família, amigos e vizinhos, tem um papel fundamental para o cuidado e para organização dos serviços de saúde, uma vez que com o seu apoio oferecem as primeiras orientações e soluções para os problemas de saúde. Esses cuidados, muitas vezes, desafogam as Emergências hospitalares e abreviam as consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois fazem com que os indivíduos aprendam sobre a prevenção e os cuidados básicos em saúde e, quando não sentem melhoras de quadro, mostra-se necessária a procura do cuidado profissional num serviço de saúde.

Quando questionados em relação ao local de escolha para o atendimento à saúde, os participantes relataram a procura pela UBS como a opção inicial de busca do cuidado profissional:

“Ah, tem o posto de saúde. Vou sempre lá.” P8

“A única coisa que eu procurei foi o posto, pela médica que tava me tratando... de seis em seis meses eu ia lá trocar a receita do remédio. E vem aqui consultar daí também, né!” P1

O local de atendimento à saúde é variado, e a procura pela saúde se dá através da Unidade Básica de Saúde (UBS) e no hospital (serviço de referência). Cada um desses serviços tem suas especificidades e sua resolutividade. E as pessoas acabam entendendo qual a finalidade de cada serviço e sabem o momento de procurar cada um deles, como podemos observar na fala dos entrevistados:

“É, se eu tiver com dor mesmo, grave, como eu tava aquele dia, eu vou procurar o hospital. Agora, se for coisa mínima, daí eu sei que eu tenho que procurar o posto.” P1

“...às vezes eu me sentia mal e ia no posto, aí dava alta, aí já era medicada. Vinha várias vezes, parei aqui no Regional com a pressão bem alta, 22 chegou minha pressão. Mas daí só era medicada e vinha pra casa.” P4

As pessoas com DAC pós-ATCP reconheceram que o serviço de referência resolvia os seus problemas, as orientações necessárias para o acompanhamento do tratamento eram fornecidas sempre que se fizessem necessárias, enfim, os entrevistados relataram que o serviço era completo.

“Não, é aqui, é excelente. E as meninas da reabilitação também são assim, do dia 13 que eu entrei aqui, até o dia de hoje, que venho voltando em consulta, é excelente. Tudo que você pergunta tem resposta, é orientação...” P4

“Aqui no hospital tem tudo que a gente precisa.” P7

Se pôde observar pelas falas dos entrevistados que existem muitas falhas nos serviços de saúde: a UBS não consegue atender a pessoa com doença coronariana e a encaminha para o serviço de referência, mas o serviço de referência não consegue dar vazão a toda a população que necessita de atendimento. Os exames de alta complexidade/especializados são realizados no serviço de referência e, dessa forma, grande parte da população não consegue ter acesso a esses exames; muitos desses indivíduos acabam realizando o pagamento desses exames no serviço privado, para que sejam realizados com maior agilidade. Também, a UBS não consegue ofertar orientações e realizar consultas preventivas para que muitos desses indivíduos não necessitem do atendimento nos serviços de referência, principalmente na doença coronariana, que em grande parte poderia ser evitada através de mudanças de hábitos.

“Não, no posto eles não ajudam não... eles não... não atendem, nem olham mais pra mim assim. O médico: ‘Não, agora você vai ter que ir lá pro Regional, vai ter que falar com o teu médico lá.’” P4

“Ah, tem o posto de saúde, mas demora muito. Antes de acontecer isso eu tinha ido lá e tinha consultado com o médico e pedido que eu queria fazer um checkup, né! Uns exames, mas demorou muito.” P7

“Não dá. Sair de lá 23 h, chego aqui 5:30 h da manhã. Que nem essas esteira, tem que marcar pelo SUS, demora 2, 3 meses, para fazer... Eu, para fazer, para adiantar, eu paguei daí, para fazer lá para poder adiantar para os outros. Mas se for esperar só pelo SUS, aquele exame de esteira, não sei se tinha conseguido fazer.” P6

Além dos serviços de saúde, às vezes o cuidado está em outros elos da comunidade que formam a rede social, como instituições religiosas, comerciais, cuidado popular e a ajuda espiritual. Muitas vezes estes indivíduos se apegam a crenças, religiões, terapias alternativas, como forma de cuidado, e estas, de certa forma, sempre ajudam, na medida em que o indivíduo se apegue a algo em que ele tenha fé e que lhe traga tranquilidade e bem-estar.

“Às vezes a gente sai para o centro, tem as enfermeiras nessas campanhas, já aproveito... Às vezes em mercado, as campanhas que tem, às vezes em postinho, agora eu sempre aproveito.” P6

“E estou rezando muito, muito, muito. É que quando eu tô quieta eu tô com a Bíblia, se não, tô com algumas orações na mão, assim, sabe.” P2

“A gente sempre vai na igreja reza e toma um chazinho, assim, né? Sempre ajuda, né? Só isso...” P8

Apesar do conhecimento, de uma forma geral, da população em relação aos serviços de referência e contrarreferência, ainda temos grande necessidade de facilitar o acesso aos serviços a todos os indivíduos, bem como salientar que muitas vezes as redes sociais que são ofertadas na comunidade e que dão apoio emocional e até mesmo educacional à população também são de grande valia. Nós, profissionais de saúde, precisamos reconhecer que essas redes existem e ter capacidade de encaminhar e orientar o paciente para participar das mesmas, pois dessa forma poderá aproveitar melhor os recursos e possibilidades que oferecem para um cuidado mais integral, considerando os pressupostos da intersetorialidade necessários.

As redes precisam ser amplamente discutidas ainda pelos profissionais de saúde, para que possam disseminar corretamente esses encaminhamentos para a população, pois observa-se na prática que nós, profissionais da saúde, ainda referenciamos erroneamente os pacientes, gerando assim transtornos que poderiam muitas vezes serem evitados.

Potencialidades e fragilidades da rede de cuidado

As relações em rede potencializando o cuidado

Observam-se muitas potencialidades que permeiam as redes de cuidado destas pessoas com doença coronariana. A troca de experiências

durante o convívio com outros indivíduos que já vivenciaram situações semelhantes, as singularidades culturais, as relações de afeto e confiança que desenvolvem com os profissionais de saúde, a independência para o cuidado e muitas outras relações de cuidado estabelecidas durante este processo de saúde/doença estão entre as potencialidades citadas.

Grande parte das experiências de doenças vivenciadas é compartilhada entre os membros da família e os amigos, sendo assim, se tornam um ponto de referência para o cuidado de saúde para as pessoas que vivenciam o processo de adoecer:

“Pelo menos meus irmãos que pararam de fumar. Eles disseram que eles pararam também no soco, disseram que não iam fumar mais, disseram que leva mais ou menos uns cinco meses...” P1

“Então, a minha vizinha falou ontem pra mim, ontem ela perguntou como é que eu tava, eu disse assim: Ah, tem hora que eu sinto uma fisgada assim, mas deve ser ansiedade. Ela disse: ‘Não é porque tá chovendo? Você colocou uma mola aí, e toda vez que chove vai doer mesmo, vai incomodar.’. Aí eu disse: Será, né, que é? Será que tem alguma coisa a ver, não né?!” P4

Na situação aguda, em que realmente o indivíduo precisa do serviço de saúde, é nesse momento que ele pode avaliar as condições nas quais está sendo prestado este cuidado. Mesmo considerando que o cuidado é uma ação inerente do profissional de saúde, a relação estabelecida com esses profissionais e o vínculo humanizado desse cuidado fazem a diferença na relação terapêutica:

“...ficava dor, dor, e se ia aumentando aquela dor, aí eu fui no PA. Ainda levei sorte, peguei uma médica nova lá. E ela me mandou para o cardiologista. Mas, se eu tivesse pegado um dos velhos, ia na segunda-feira[,] eles ia dizer: ‘Isso é uma ressaca...’.” P6

“É que o hospital lá é muito bom, tem médicos, todos os aparelhos, só que os médicos são muito fechados, eles não deixam vir ninguém de fora.” P8

A independência para o cuidado acontece assim que o indivíduo se adapta e adquire segurança na relação com o tratamento e as mudanças estabelecidas no estilo de vida proposto:

“Vim na consulta sozinho.” P6

“Tô bem, já consigo fazer tudo.” P8

As experiências de doenças vivenciadas por cada indivíduo, bem como as relações que se estabelecem entre eles e os profissionais de saúde se desenvolvem com estas trocas. Cada um desses indivíduos cria formas para enfrentar a nova condição de doença crônica e os cuidados pré-estabelecidos pós-ATCP. Alguns necessitam das redes sociais, sejam instituições, amigos, vizinhos e profissionais para estes cuidados, e espera-se que desenvolvam independência e autonomia para esses cuidados.

Fragilidade nas relações na rede de cuidado

Muitas fragilidades do sistema de saúde foram citadas pelos entrevistados, como a dificuldade de acesso aos serviços, a demora em realizar os exames e para ser atendido, mesmo com agendamento, que são situações vivenciadas pelos indivíduos na busca de atenção à saúde. Muitos buscam cuidado na tentativa de prevenir a ocorrência de doenças, mas acabam desenvolvendo outras doenças e necessitando de internações de urgência, cirurgias, novos tratamentos, dentre outros, diante do tempo de espera pelo atendimento.

Essa situação encontrada acaba dificultando e até mesmo impossibilitando que esses pacientes consigam realizar exames e consultas preventivas, bem como ter acesso a orientações para prevenção de complicações decorrentes da DAC:

“Às vezes demora bastante tempo. Mas, a gente consegue.” P9

Outra situação muito importante encontrada nas falas dos entrevistados foi o despreparo dos profissionais da UBS para o fornecimento de informações e atendimento aos pacientes com DAC. Muitas vezes estes precisam procurar o serviço de referência apenas para obter informações que poderiam ser obtidas na UBS:

“Então, o posto não apoia não. Não tem apoio não. Não sei se eles não têm preparação...” P4

Outra fragilidade está relacionada com as dificuldades encontradas para a realização do tratamento. Como alguns medicamentos que precisam ser utilizados pós-ATCP de forma contínua

ainda não são padronizados em alguns municípios, ou são considerados medicamentos de alto custo pelo SUS, para acesso ao tratamento é necessário o preenchimento e encaminhamento de formulários específicos. Grande parte dos pacientes não recebe essas orientações. Então, quando não encontram as medicações na UBS e se deparam com o alto custo das mesmas nas farmácias, acabam não aderindo à terapia medicamentosa. Diante disso, o risco das complicações pós-ATCP ficam ainda maiores.

A insuficiência da adesão à terapia medicamentosa se dá, muitas vezes, por esses medicamentos não estarem disponíveis nos serviços e a dificuldade de considerar o seu uso continuado e mudanças no estilo de vida como necessários:

“Ai, esse só que ela não ganhou. Meu marido também não ganhava, mas depois conseguiu.” R2

“...eu sempre tomo depois do almoço. Eu sempre carrego dentro da minha bolsa, mas daí hoje... daí, como eu saí cedo, só aquele do colesterol eu não tomei...” P1

Outra dificuldade encontrada para que o tratamento seja seguido de forma correta é uma rede cuidadora que incentive, cuide ou pelo menos não desmotive o tratamento.

A rede cuidadora negativa, através das relações familiares conflituosas, muitas vezes não favorece o cuidado. Podem ser citadas como exemplo questões como o alcoolismo, o individualismo, experiências negativas no cuidado com familiares e amigos.

“Mas a minha pressão era engraçada, um dia eu ia ver ela tava... conforme que eu me incomodava em casa... eu sou casada, não tenho filho, e meu marido é alcoólatra. Então, quando ele tomava, a minha pressão subia. E foi numa dessas aí...” P2

“Não posso contar, né, tenho um filho com 21 e um com 17. Eles são bem na deles. Eu cuido mais da saúde deles do que eles mesmo se cuidam. [...] ...eu fui pro hospital sozinha. ...não falei pra ninguém.” P1

“Eu caminho assim, durante a semana, uma ou duas vezes, mas o meu marido não deixa. Daí eu não posso caminhar até eu queria...” P2

Assim, o seguimento do tratamento prescrito é permeado por muitos empecilhos, que diversas vezes não dependem apenas do indivíduo querer aderir ao tratamento. Para que esse tratamento seja efetivo se fazem necessários serviços de saúde que possibilitem o acesso, a oferta de medicamentos, profissionais de saúde preparados para atender as suas necessidades e redes cuidadoras que incentivem e apoiem o cuidado em saúde.

DISCUSSÃO

As relações de cuidado que se estabelecem no cotidiano dos indivíduos que convivem com a doença crônica, aqui destacando a DAC, refletem os significados atribuídos por cada um diante das experiências vividas, incluindo as condições que a doença apresenta nas interações e no convívio com as redes de cuidado.

Marcon (2005) afirma que o ser humano não vive sozinho, mas num contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima. Por isso, cuidar da saúde de seus membros sempre foi uma prática comum na família.

E essas relações que são estabelecidas entre as redes: amigos, vizinhos, família. Segundo Souza (2009), as pessoas podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional e/ou espiritual.

Corroborando com os dados encontrados nesta pesquisa, Silveira (2009) evidencia a importância das redes sociais na vida das pessoas, atuando de forma benéfica à saúde e prestando-lhes o apoio necessário, principalmente nos momentos difíceis, como nos de doenças, e neste caso em especial as doenças crônicas.

Sendo assim, sabemos que a condição crônica irá se perpetuar por toda a vida. Souza (2009) afirma que estudar pessoas em condições crônicas de saúde requer análise das várias realidades envolvidas no cotidiano das mesmas. Nessa perspectiva, o que se visualiza hoje é que há necessidade de ultrapassar os limites do conhecimento biomédico, procurando um olhar mais integrativo do ser humano em seu contexto e com suas múltiplas relações.

Nesse sentido, ao estudar a rede de cuidado a pessoas com HIV/Aids, Tonnera (2012) afirma que os profissionais de saúde consideram importante o respeito e o resgate do ser humano excluído pela sociedade nas suas relações de convívio, uma vez que vivencia situações de preconceitos e estigmas frente à doença. O cuidado humanizado constitui-se de grande significado para a rede de cuidado institucional. Além do fato de confiar e ser atendido de forma integral pelo profissional da instituição de saúde, dá um significado ao viver da pessoa, com mudanças nos comportamentos e maior valorização da vida. Na pessoa com DAC, que necessita cuidado nos diversos níveis de complexidade, com todo um processo de seguimento de tratamento, principalmente após procedimentos como a ATCP, torna-se relevante este elo do profissional de saúde na rede de cuidado, com uma relação

de cuidado confiável, mais humanizada e voltada às suas reais necessidades.

Mendes (2011) afirma que a APS de qualidade é formada de sete atributos: o primeiro contato implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde; a longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias; a integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atenda às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças; a coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, e se articula com a função de centro de comunicação das RAS; a focalização na família implica considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde; a orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde; a competência cultural exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Dessa forma, na medida em que há uma conscientização dos profissionais da saúde e união de esforços em prol de um bem comum, isso resulta na melhoria da qualidade da assistência prestada, melhorando as ações mais primárias, como: lutando por mais capacitações, melhorando a assistência direta ao paciente, realizando orientações em saúde, referenciando adequadamente o paciente, entre outras. Para Meirelles e Erdmann (2006), podemos considerar a saúde como produção social, como processo dinâmico e em permanente transformação, rompendo assim com a setorialização da realidade.

Silveira et al. (2009) falam da importância das redes sociais na vida das pessoas, atuando de forma benéfica para a saúde e prestando-lhes o apoio necessário, principalmente nos momentos difíceis, como

em caso de doença. Desta mesma forma, em um estudo realizado por Souza et al. (2009), ressalta-se que o apoio recebido pelas pessoas com doenças crônicas muda de acordo com o estágio de desenvolvimento da doença, bem como as pessoas que compõem essa rede e a função que nela exercem podem mudar de acordo com o contexto sociocultural e o tempo histórico.

CONCLUSÃO

Na tentativa de compreender como se estabelecem as relações entre as pessoas submetidas à ATCP e sua rede de cuidado, com suas potencialidades e fragilidades, identificou-se uma rede de cuidado restrita, ou seja, formada basicamente por parte de alguns membros da rede familiar, e algumas vezes amigos, vizinhos, além da rede de cuidado profissional. Embora restrita, essa rede de cuidado compartilha experiências vividas, oferece ajuda material, espiritual e educacional. Torna-se relevante a potencialização do cuidado a partir dos aspectos educativos propiciados pela rede, ao serem compartilhadas experiências com familiares, amigos e profissionais, com o apoio em todo o processo de adoecer, levando a pessoa a desenvolver a sua independência e autonomia para o cuidado.

Também foram encontrados alguns fatores negativos, que acabam desmotivando o cuidado, como a falta de estruturação e insumos no sistema de saúde. A rede profissional basicamente é constituída pela UBS e o serviço de referência, sendo que a UBS foi definida como despreparada para o cuidado proposto pós-ATCP. Sendo assim, essas pessoas preferem procurar o serviço de referência que apresenta melhores condições de atendimento e profissionais preparados para atendê-los em suas necessidades de cuidado.

Destaca-se aqui a importância da família/amigos como rede cuidadora, e a necessidade de preparo e envolvimento nas ações práticas de saúde, como aliada dos profissionais na adesão ao tratamento e nos cuidados em saúde destes indivíduos pós-ATCP. E, dessa forma, familiares, amigos e profissionais propiciam esse cuidado de maneira a fortalecer cada vez mais o cuidado em rede, favorecendo mudanças no estilo de vida e, como consequência, uma melhora na qualidade de vida destes indivíduos.

A doença coronariana, como uma condição crônica de saúde, requer por parte dos profissionais da saúde um olhar contínuo, pois essas pessoas necessitam de cuidados permanentes e a qualquer momento essa condição pode agudizar. Assim, o profissional deve estar

preparado para orientar, assistir e enfrentar junto a este indivíduo todas as fases e processos desta sua condição de saúde.

Além de várias implicações na vida do indivíduo e necessidades de estruturação dos serviços de saúde, as condições crônicas também geram um alto custo econômico social e pessoal. Salienta-se que relações positivas de convivência fortalecem o enfrentamento das situações e dificuldades encontradas no viver com uma condição crônica, como a DAC.

Conclui-se que as relações entre as pessoas submetidas à ATCP e sua rede de cuidado ocorreram basicamente entre familiares, amigos e profissionais de saúde, tendo como ponto de referência a necessidade de ampliar essas redes, incluindo a estruturação dos serviços de saúde para o atendimento em todos os níveis de complexidade. Salienta-se que relações positivas de convivência fortalecem o enfrentamento das situações e dificuldades encontradas no viver com uma condição crônica, como a DAC.

REFERENCIAS

BRASIL. **Painel de Indicadores do Atlas de saúde**. 2011. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/atlas.show.mtw>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós Infarto Agudo do Miocárdio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p 30-37, mar. 2007.

JACOB, E. M. O.; HASHIMOTO, R. N.. **Métodos de revascularização coronariana**: percutânea e cirúrgico. *Enfermagem em cardiologia: procedimentos em unidade semi-intensiva*. São Paulo: Manole, 2012.

MARCON, S. S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 116-124, 2005.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MEIRELLES, B. H. S.. **Redes Sociais em Saúde: desafio para uma nova prática em saúde em enfermagem**. Trabalho apresentado para

Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto – Depto de Enfermagem, CCS/UFSC. Florianópolis, 2004. 31p.

MENDES, E. V.. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais** , v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: OMS, 2003.

ROMANO, W. B.; JURKIEWICZ, R.. Doença Arterial coronariana e vivências de perdas. **Arquivo Brasileiro Cardiol.**, v. 93, n. 3, p. 352-359, 2009.

SILVEIRA, C. L. et al . Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a Enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SOUZA, S.da S de et al. Redes sociais de pessoas com problemas respiratórios crônicos em um município do sul do Brasil. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 278-284, 2009.

TONNERA, L. C. J.. **Rede de cuidado a pessoa com HIV/Aids.** 2012. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: 2004.

6.2 ARTIGO II: ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL

CORONARIANA: UMA CONSTRUÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIANA: UMA CONSTRUÇÃO DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial com objetivo de implementar Orientações de Enfermagem na construção da rede de cuidado a pessoas com Doença Arterial Coronariana (DAC) que foram submetidos à Angioplastia Transluminal Coronariana Percutânea (ATCP). Participaram nove pessoas submetidas à ATCP. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2012, através de Consulta de Enfermagem no Ambulatório de um serviço de referência em cardiologia em Santa Catarina e examinados através da análise de conteúdo. As categorias que emergiram foram: sentindo que está doente; e buscando saber sobre a doença para se cuidar. Os resultados revelaram que o indivíduo sente que está doente, porém não sabe identificar os sinais e sintomas, então busca saber sobre a doença para se cuidar. Além disso, surgem os medos e as representações da doença. Conclui-se que, é necessária a implementação das orientações de enfermagem para a alta hospitalar dos pacientes submetidos à ATCP, visto que muitos deles se deparam pela primeira vez com a doença, não têm informação sobre a mesma, além de expressarem necessidade de esclarecimento e das dúvidas constantes referidas por eles.

Palavras-Chave: Enfermagem. Cuidado. Doença crônica. Doença Arterial Coronariana.

ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL: UNA CONSTRUCCIÓN DE LAS DIRECTRICES DE ENFERMERÍA

RESUMEN: Este es el tipo de apuntamiento investigación cualitativa convergente en aplicación de las directrices de enfermería para la construcción de una red de atención a personas con enfermedad de las arterias coronarias (CAD) que fueron sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP). Participaron nueve personas sometidos a ACTP. Los datos se recogieron entre junio y septiembre de 2012, a través de la Clínica de Enfermería Consulta en un servicio de referencia en cardiología en SC y examinarlos en el análisis de contenido. Las

categorías que surgieron fueron: sensación de mareo y la búsqueda de conocimiento sobre la enfermedad de cuidar. Los resultados revelaron que el individuo siente que está enfermo, y no identifica los signos y síntomas a continuación, tratar de conocer acerca de la enfermedad de cuidar. Por otra parte, existe el temor y representaciones enfermedad. Llegamos a la conclusión de que es necesario poner en práctica las directrices de enfermería al alta hospitalaria de los pacientes sometidos a ACTP, ya que muchos de ellos se enfrentan por primera vez con la enfermedad no tienen información al respecto, más allá de la necesidad de aclarar y expresó sus dudas constantes mencionado por ellos.

Palabras clave: Enfermería. Precaución. Las enfermedades crónicas. Enfermedad de las Arterias Coronarias.

TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY: A CONSTRUCTION OF NURSING GUIDELINES

ABSTRACT: This is the type of qualitative research convergent aiming at implementing nursing guidelines for building a network of care for people with Coronary Artery Disease (CAD) who underwent percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). Participated nine people undergoing PTCA. Data were collected from June to September 2012, through Nursing Consultation Clinic in a reference service for cardiology in SC and examined using content analysis. The categories that emerged were: feeling sick and seeking knowledge about the disease to care for. The results revealed that the individual feels he is sick, and does not identify the signs and symptoms then seek to know about the disease to care for. Moreover, there are fears and illness representations. We conclude that it is necessary to implement the guidelines of Nursing for hospital discharge of patients undergoing PTCA, since many of them face first with the disease have no information about it, beyond the need for clarification and expressed doubts constants referred to by them.

Keywords: Nursing. Caution. Chronic disease. Coronary Artery Disease

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), no ano de 2011 foram registrados 293.692 óbitos no Brasil decorrentes de doenças do aparelho circulatório, já em Santa Catarina foram registrados 8.979 óbitos decorrentes da mesma causa no período.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, destaca-se a Doença Aterosclerótica Coronariana – DAC, considerada como uma condição crônica, que pode ser prevenida através da identificação dos fatores de risco predisponentes e adoção de algumas medidas. Ressalta-se que os fatores de risco para seu desenvolvimento, segundo Cannon (2012), são: tabagismo; diabetes; síndrome metabólica (obesidade abdominal), triglicerídeos maior 150mg/dl, HDL 40mg/dl para homens e 50mg/dl para mulheres, PA sistólica superior a 129 ou diastólica 84 mmHg e glicemia em jejum 99mg/dl; hipertensão arterial sistêmica; obesidade; estilo de vida sedentário; história familiar + para DAC; etilismo e estado hormonal e terapia de reposição hormonal.

Para Cannon (2012), em mais de 90% dos pacientes, o infarto é o resultado de oclusão da artéria coronária por trombo. As causas não ateroscleróticas incluem êmbolos, cocaína, trauma/contusão, arterite, espasmo e dissecação. Os infartos costumam ser o resultado de trombos não oclusivos sobre uma estenose subjacente. Aproximadamente dois terços dos infartos ocorrem em placas com menos de 50% de estenose. A inflamação parece ter um papel na ruptura da placa, a extensão do dano está relacionada ao local e à duração da oclusão, bem como à presença ou ausência de suprimento colateral adequado.

Sabemos que um grande avanço ocorreu nas últimas décadas em relação às alternativas de tratamento, tanto na prática clínica, quanto em relação à intervenção cirúrgica. Além dessas duas alternativas, desde a década de 90 iniciou-se o uso dos *stents* através de uma técnica minimamente invasiva, a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (ATCP).

Uma metanálise realizada em 1996 não mostrou diferenças relevantes na mortalidade entre a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e a ATCP, afirma Cannon (2012). Os pacientes com CRM tiveram 90% menos intervenções em um ano. Também é importante observar que esses ensaios clínicos foram completados antes do uso frequente dos *stents*.

São todos esses motivos que, como enfermeiros, nos impulsionamos a orientar, assistir e auxiliar este indivíduo com DAC

para que ele consiga enfrentar este processo de adoecer e todas as mudanças seguintes que irão ocorrer em sua vida.

Estudo realizado por Campos (1990), que analisou os traços psicológicos dos pacientes submetidos à ATCP, concluiu que devem-se promover mudanças e obter recursos internos, a fim de compreender o significado da doença e melhorar as condições mentais de lidar com ela, na busca de equilíbrio emocional.

Assim, faz-se necessário estabelecer um diálogo entre o indivíduo com DAC, seus familiares e os profissionais de saúde, promover o esclarecimento das possíveis dúvidas e o real significado da patologia na vida desse indivíduo. A socialização dos conhecimentos irá identificar as causas dessa situação, as medidas que devem ser tomadas para adesão ao tratamento e prevenção de futuras complicações.

Observa-se que grande parte dos pacientes que apresentam DAC e que são submetidos à ATCP têm dificuldades de enfrentar o processo de saúde/doença. De modo que, em muitas situações, esse processo é permeado por angústia, sofrimento, negação, revolta, desconhecimento da real situação de saúde/doença, dificuldades tanto financeiras quanto de esclarecimentos para adesão ao tratamento, entre outras. Nos serviços de saúde, esses sujeitos encontram toda uma estrutura para atendê-los, com uma equipe multiprofissional e outras tecnologias, mas questiona-se: Como estas pessoas conseguem manter os cuidados e promover a sua saúde quando estão na comunidade?

Alguns dias após a realização da ATCP, essas pessoas recebem alta hospitalar e é nesse momento que fica evidente que grande parte delas recebe poucas informações acerca de seu tratamento, as mudanças necessárias no estilo de vida (alimentação, prática de atividade física, acompanhamento médico, etc.) e os locais de referência para continuidade ao tratamento. Elas saem com uma receita médica e uma solicitação para consulta médica ambulatorial após 30 dias da alta hospitalar. Muitas vezes, isso leva a pessoa a não aderir ao tratamento e mudar seus comportamentos.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2008), sugere-se que o paciente retorne para avaliação clínica ainda no primeiro mês após a realização da ATCP, com a finalidade de avaliar suas condições clínicas gerais e queixas cardíacas específicas, além de verificar a aderência ao tratamento farmacológico instituído e observar eventuais efeitos colaterais.

Assim, implementar orientações de enfermagem para alta hospitalar para as pessoas com DAC que foram submetidas à ATCP poderá contribuir com novas estratégias que lhes propiciem suporte

para adesão ao tratamento, prevenindo e retardando complicações agudas e crônicas.

Baggio et al. (2001), em estudo sobre o pré-operatório do paciente cardíaco, revelam que cada paciente deve ter suas necessidades individualmente avaliadas, sendo orientado acerca do que deseja conhecer em relação aos procedimentos e eventos relacionados ao processo cirúrgico cardíaco, de acordo com suas particularidades, oferecendo-lhe informações que contemplem as ações a serem desenvolvidas pela enfermagem e demais membros da equipe.

Através da relação que se dá no momento da assistência prestada a esses pacientes, constroem-se os alicerces para uma relação de confiança paciente/Enfermeiro, a qual facilitará compreender suas necessidades. É durante essa assistência, no momento em que o paciente está sendo cuidado pelo enfermeiro, durante suas orientações após a alta hospitalar e durante a consulta de enfermagem, que essa relação se fortalece através de uma troca mútua de informações. Nesse momento ocorre uma interface da prática com a pesquisa, contribuindo assim com a qualificação significativa da assistência de enfermagem e promoção da saúde destes pacientes.

Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo elaborar orientações de enfermagem na construção da rede de cuidado a pessoas com DAC que foram submetidas à ATCP em um serviço de referência em cardiologia estadual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo, na modalidade Convergente Assistencial. A principal característica da Pesquisa Convergente Assistencial – PCA consiste na articulação intencional com a prática assistencial, em que, segundo Trentini e Paim (2004), as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. Essa articulação ocorre principalmente durante a coleta de informações, quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência e na pesquisa. A modalidade de Pesquisa Convergente Assistencial foi desenvolvida pela compreensão de Trentini e Paim (2004), na qual o pesquisador está comprometido com a melhoria do contexto social e o ato de assistir/cuidar cabe como parte do processo da pesquisa. Sendo assim, ela valoriza o “saber pensar” e também o “saber fazer”.

A Pesquisa Convergente Assistencial é dividida em cinco fases. A **fase de concepção** é o momento em que surge o problema de pesquisa,

ou seja, por onde começar. A fase de concepção é formada pela pergunta de pesquisa, objetivos e revisão de literatura. Segundo Trentini e Paim (2004), na PCA o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e, portanto, estará associado à situação do problema da prática.

O próximo passo consiste nas decisões metodológicas, ou seja, o início da **fase de Instrumentação**, pois, segundo Trentini e Paim (2004), a PCA se revela através de movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática. O lugar escolhido para a realização da pesquisa foi o local onde foi identificado o problema de pesquisa, pois na PCA o espaço deve ser aquele em que há presença de pessoas engajadas em atividades assistenciais. Nesta pesquisa isso se deu num serviço de referência estadual em cardiologia – o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – ICSC, no setor de Ambulatório. Na PCA a amostra deve ser constituída por sujeitos envolvidos no problema e os que têm mais condições para contribuir com informações, pois, para Trentini e Paim (2004), a PCA valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade de informações, não valorizando o princípio de generalizações.

Dessa forma, os participantes desta pesquisa foram nove pacientes com DAC que foram submetidos pela primeira vez à angioplastia transluminal coronária percutânea e retornaram para a primeira consulta de acompanhamento no Ambulatório de cardiologia do Instituto de Cardiologia de SC, e que aceitaram participar do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos, ter sido submetido pela primeira vez ao procedimento de angioplastia transluminal coronária percutânea, independente do número de *stents*, estar realizando a primeira consulta de retorno pós-angioplastia transluminal coronária percutânea, ter bom discurso verbal. O número de participantes se definiu por saturação dos dados, ou seja, quando os dados se repetiram e não acrescentaram novas informações aos dados já coletados.

Na **fase de Prescrução** se inicia a operacionalização da pesquisa, com a organização das estratégias para obtenção das informações. A coleta de dados foi de junho a setembro de 2012, através de Consulta de Enfermagem. A consulta de enfermagem foi realizada no ambulatório de cardiologia após 30 dias de alta hospitalar, quando os pacientes retornaram para a consulta de acompanhamento.

Os dados da pesquisa foram coletados através da consulta de enfermagem previamente agendada. Constituiu-se de realização do exame físico, levantamento de problemas, elaboração dos diagnósticos e

realização das Orientações de Enfermagem pós-alta hospitalar. O Processo de Enfermagem foi aplicado segundo a Resolução do COFEN n. 358 e o roteiro para guiar essa consulta de enfermagem foi elaborado pela pesquisadora. Através das dúvidas e questionamentos que surgiam no diálogo com os pacientes entrevistados, a pesquisadora esclareceu e orientou os mesmos com os cuidados de enfermagem necessários pós-ATCP, além dos encaminhamentos dentro da rede de atenção. Todas essas informações foram registradas em gravador MP3 e posteriormente transcritas para análise dos dados.

Através das falas dos sujeitos desta pesquisa foi realizado o levantamento das necessidades afetadas e consequentemente elaborados os Diagnósticos de Enfermagem, segundo a classificação da North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2012-2014), com a elaboração do plano das Intervenções de Enfermagem, que incluíram as orientações para alta hospitalar dos pacientes pós-ATCP.

Chega-se então à última fase da PCA, a **fase de análise e interpretação** dos dados ou resultados. Esta se dividiu em processo de apreensão, onde as entrevistas foram transcritas e organizadas para o processo de codificação e posterior processo de formação das categorias (TRENTINI E PAIM, 2004), e em seguida começou a fase de interpretação, que foi dividida em síntese, teorização e transferência.

Trentini e Paim (2004) descrevem que, para o desenvolvimento da PCA, é necessário, antes de tudo, ter credibilidade, pois o relatório deve apresentar total transparência e fidelidade às interpretações das experiências humanas. Além disso, a PCA requer explicitação ética, pois está inserida no cenário assistencial e vem à tona, não só para retratar as situações vividas, mas também descobre os avanços possíveis do conhecimento e novas ações a partir delas.

Foram observadas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, com a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo de nº 34575. A fim de manter o anonimato dos participantes, na identificação das falas dos participantes foi utilizada a letra P seguida de número, e a letra R para sua rede, seguida do mesmo número do participante, além de preservação do acervo sob os cuidados da pesquisadora.

RESULTADOS

Como toda pesquisa Convergente Assistencial, os resultados que emergiram desta pesquisa foram frutos da assistência prestada às

peças com DAC submetidas a TCP. Sendo assim, estes dados irão convergir para melhorar a prática assistencial que vem sendo prestada a estes pacientes.

As principais categorias que emergiram dos dados foram: sentido que está doente; buscando saber sobre a doença para se cuidar. Essas categorias subsidiaram a elaboração da terceira categoria, que é: propondo orientações para o cuidado de pessoas com DAC submetidas a ACTP.

Sentindo que está doente

O sentimento da doença é observado por cada indivíduo da sua maneira, na sua ótica, de forma que são acrescentados aos sentimentos crenças, valores, experiências vivenciadas e conhecimentos prévios.

Se pôde observar que grande parte das pessoas acredita que a **doença surge de repente**, sem conhecimento dos fatores de risco para desenvolvimento da doença coronariana, e elas **não sabem identificar os sinais e sintomas** iniciais de complicações cardíacas, apenas sabem que alguma coisa não está bem:

“Nada, nada, nada!... já vinha mais ou menos uns 30 dias me dando essa dor no peito e eu pensava que era dor muscular. Nem imaginava o que era.” P1

“Não. Eu nem sabia que tava infartando. Tava trabalhando, sentia dor e nem sabia. Sentia dor no peito, no braço, achava que era alguma coisa do músculo, aí fui deixando.” P7

“Não. Aí eu não entendi. Porque durante essa minha idade eu nunca sofri nada. Eu tenho 82 pra 83 anos[,] que fiz em julho, eu era normal pra trabalhar, não sentia nada. E serviço pesado. Eu trabalhava com braço, com o corpo todo. Era a mesma coisa, não sentia nada. Nunca senti cansaço, nunca senti dor nas cadeiras.” P5

Muitos indivíduos trazem o estilo de vida inadequado como o principal desencadeante da doença coronariana, por este motivo grande parte deles acredita que a **busca do cuidado** e a mudanças no estilo de vida são os principais fatores para a promoção de atitudes positivas para a saúde:

“Eu tenho que mudar os meus hábitos, né?! Mudança de hábitos.” P3

“Tem que ser pra sempre, né?! É tem que cuidar pra viver mais uns anos. [...] Fumava, agora parei. Fumava umas três carteiras por dia e depois do susto parei. Quero viver mais uns anos pra ver os netinhos crescerem... Não quero mais de jeito nenhum! Já falei lá em casa que não quero mais ouvir falar de cigarro.” P7

“Gordura, nunca mais! Tô cuidando agora que eu passei mal, agora é tudo grelhado, nada de fritura.” P9

Muitos sentimentos abalam a vida desses indivíduos nesse momento: a insegurança e medo relacionados ao procedimento, ao tratamento, à morte; fato este considerável, visto que estão se deparando com o desconhecido. Destaca-se fortemente nesta pesquisa que o sentimento que permeia entre esses indivíduos neste processo de adoecer é o **medo, e as representações da doença** se estabelecem para cada um deles com o diagnóstico e também agravamento do quadro:

“Eu tenho o medo que todo mundo tem, né?! O medo da morte. Ainda mais agora, então, que depois dessa aí... já mudei 70%.” P3

“É porque, daí, no meu papel tá dizendo que eu sou cardíaca. Então, eu não posso fazer muito esforço físico, nada.” P1

“Pareço uma pessoa normal, que não tem nada. Posso trabalhar. Normal. Mas não trabalho, eu tenho serviço, tinha muito serviço que eu fazia. Carroça, charrete pra vender pros outros, mas por enquanto não posso fazer nada.” P5

De certa forma, a doença coronariana surge de repente na vida de um indivíduo que até então realizava suas atividades normais, como trabalho, atividades domésticas, dentre outras, exigindo mudanças no seu viver. Por surgir de várias formas e com sintomatologias diversas, cada indivíduo reage de uma maneira específica quando se depara com a doença, dificultando muitas vezes a identificação do foco. Muitos pacientes têm sintomas gastrointestinais, dores musculares, dor no peito, que às vezes são confundidas por eles com outras doenças, como pneumonias, úlceras, e, assim, acabam protelando a procura de cuidado adequado.

Buscando saber sobre a doença para se cuidar

O processo de adoecer e o período de internação hospitalar tornam-se um momento na qual os indivíduos com DAC buscam

adquirir conhecimento a respeito da sua patologia, e sobre o procedimento ao qual foram submetidos. Porém, resta saber se as **orientações** estão sendo efetivas e repassadas a eles de forma clara e compreensiva na medida em que os façam seguir todos os cuidados necessários pós-ATCP.

Vê-se que muitas vezes as informações não são transmitidas aos pacientes ou em alguns momentos essas informações não são passadas de forma clara, ou seja, na linguagem adequada para esta pessoa a quem se está transmitindo a informação. E isso pode ser comprovado quando elas retornam com dúvidas ou informações equivocadas a respeito do seu tratamento:

“E também os médicos disseram que também um pouco podia ter vindo dar isso era o stress.” P1

Os hábitos como tabagismo, dieta inadequada são apontados como principais fatores desencadeantes da doença e, vistos da ótica das pessoas com DAC, são hábitos que podem ser mudados. A **necessidade de mudança** se mostrou um fator muito importante perante os entrevistados, visto que muitos hábitos adotados, segundo eles, foram os principais causadores do evento da DAC que levou à ATCP:

“...mas é bom pra aprender dos erros que a gente faz, estraga a saúde da gente. Dá pra evitar.” P6

“A minha comida era bem salgada e bem gordurosa. O meu marido não come nada gorduroso. Nada. Até assim, vamos supor, hoje vamos fazer uma carminha assada, aquela gordurinha, ele ainda cortava e colocava no meu prato.” P9

“Fumava até o dia do infarto... o cigarro, graças a Deus, eu saí daqui sem ele! Eu fiquei dois dias. Três dias, quatro, cinco, seis, sem fumar, pra que que eu vou chegar em casa agora e vou fumar? Mas se eu fiquei aqui seis dias pra que que eu vou chegar lá e vou fumar, né?!” P4

Em virtude do surgimento de **dúvidas** é que se faz uma reflexão da necessidade de melhorar estas orientações para alta hospitalar destas pessoas, visto que há uma **busca constante** de esclarecimentos em relação aos cuidados com DAC e pós-ATCP. Observa-se que há um envolvimento das pessoas no cuidado pós-ATCP, porém ainda são precárias as orientações, os encaminhamentos para que consigam aderir

corretamente ao tratamento e buscar construir sua rede de cuidado, pois temos que levar em conta sua condição social, financeira, e seu grau de instrução, para que compreenda adequadamente todas estas orientações fornecidas.

“Porque eu ando de bicicleta. Não ligeiro, mas lentozinho eu ando. Então, eu quero saber dele se isso daí pode prejudicar ou não. Porque daí eu não faço, né?” P5

“Tipo esses stent, pode dar alguma complicação, tem que trocar ou não? É para toda vida?” P6

As orientações fornecidas pelos profissionais de saúde muitas vezes servem como referência para o cuidado e para o entendimento do processo de adoecer. Sendo assim, os profissionais de saúde necessitam estar sempre atualizados, além de próximos destas pessoas, para que possam reconhecer suas reais necessidades e fornecer orientações que possam ser adequadas para as mudanças no estilo de vida propostas para o cuidado e adesão ao tratamento destas pessoas com DAC submetidas a ATP. Lembrando que cada indivíduo é único e singular, cada um tem suas necessidades independentes, dessa forma, não podemos generalizar o cuidado, e devemos estar atentos às dúvidas levantadas por estes indivíduos e seus anseios de busca por conhecimento e melhoria da qualidade de vida.

Propondo orientações para o cuidado de pessoas com DAC submetidas à ATP:

Nos momentos de convergência da pesquisa, através das falas das pessoas submetidas à ATP entrevistadas, foram levantados os problemas de saúde e elaborados os Diagnósticos de Enfermagem propostos pela NANDA (2012/2014) . E, dessa forma, em seguida foram realizadas as Orientações de Enfermagem para os paciente com DAC submetidos a ATP.

Fala	Problema	Diagnóstico de Enfermagem	Orientações de Enfermagem
<p><i>“Nada, nada, nada!...já vinha mais ou menos uns 30 dias me dando essa dor no peito e eu pensava que era “dor muscular”. Nem imaginava o que era.” P1</i></p>	<p>Não conhece a doença.</p>	<p>Autocontrole Ineficaz da saúde relacionada à déficit de conhecimento caracterizado por falha em agir para reduzir fatores de risco. Conhecimento deficiente relacionado a interpretação errônea de informações caracterizado por verbalização do problema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DAC. - Orientar sobre os fatores de prevenção da DAC.
<p><i>“Não. Eu nem sabia que tava infartando. Tava trabalhando sentia dor e nem sabia. Sentia dor no peito, no braço, achava que era alguma coisa do músculo, aí fui deixando.” P7</i></p>	<p>Sentia dor.</p>	<p>Dor Crônica relacionada a incapacidade física crônica caracterizado por relato verbal de dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar sobre a importância de expressar seus sentimentos e não deixar de relatar o que estiver sentindo. - Orientar os sinais e sintomas de Angina/ IAM (sensação de pressão, aperto ou queimação na região central do tórax, a dor pode atingir os ombros, ou irradiar-se para os membros superiores, costas, pescoço, maxilar o região superior do abdome).
<p><i>“Não. Aí eu não entendi. Porque durante essa minha idade eu nunca sofri nada. Eu tenho 82 pra 83 anos que fiz em julho, eu era normal pra trabalhar, não sentia nada. E serviço pesado. Eu trabalhava com braço, com o corpo todo. Era a</i></p>	<p>Nunca sentiu dor ou cansaço.</p>	<p>Proteção Ineficaz relacionado a extremos de idade caracterizado por resposta mal-adaptada ao estresse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre os fatores desencadeantes da DAC bem como dos primeiros sinais de sintomas de alerta da doença. - Esclarecer da importância da visita periódica a UBS para acompanhamento e prevenção dos fatores de risco.

<i>mesma coisa não sentia nada. Nunca senti cansaço, nunca senti dor nas cadeiras.” P5</i>			
<i>“Eu tenho que mudar os meus hábitos né?! Mudança de hábitos.” P3</i>	Tem que mudar hábitos.	Disposição para melhora do autocuidado caracterizado por desejo de aumentar o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar e apontar as atitudes corretas para a promoção da saúde, bem como o abandono dos hábitos negativos. - Fortalecer que esta mudança de hábitos aconteça na família/ rede e que todos participem deste processo.
<i>“Tem que ser pra sempre, né?! É tem que cuidar pra viver mais uns anos. [...] Fumava, agora parei. Fumava umas três carteiras por dia e depois do susto parei. Quero viver mais uns anos pra ver os netinhos crescerem... Não quero mais de jeito nenhum! Já falei lá em casa que não quero mais ouvir falar de cigarro.” P7</i>	Tem que se cuidar e evitar fatores de risco.	Disposição para autocontrole da saúde melhorada relacionada a desejo de controlar a doença.caracterizada por ????	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer os principais fatores de risco modificáveis da DAC (tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada, etilismo) e que mesmo tratada pode haver recidiva. - Contribuir para que a rede participe da mudança de hábitos pois ela conhece melhor este indivíduo.
<i>“Gordura nunca mais! To cuidando agora que eu passei mal, agora é tudo grelhado, nada de fritura.” P9</i>	Hábitos alimentares inadequados.	Risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionado a disfunção dos padrões alimentares.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre importância de uma alimentação saudável. - Incentivar a mudança de hábitos alimentares, considerando os aspectos culturais.
<i>“Eu tenho o medo que todo mundo tem né?! O medo da morte. Ainda</i>	Tem medo.	Medo relacionado ao sistema de apoio em situação	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer dúvidas, fazer orientações, apoiar e tentar assim amenizar o medo

<p><i>mais agora então que depois dessa aí... já mudei 70%.” P3</i></p>		<p>potencialmente estressante (hospitalização) caracterizado por identifica objeto de medo.</p>	<p>perante a situação de vivida. - Orientar todas as etapas desde o primeiro sintoma que desencadeou a doença, os procedimentos que serão realizados e todas as etapas do processo de internação para que o indivíduo enfrente com mais tranquilidade este momento.</p>
<p><i>“É porque daí no meu papel tá dizendo que eu sou cardíaca. Então, eu não posso fazer muito esforço físico, nada.” P1</i></p>	<p>Tem doença cardíaca</p>	<p>Risco de síndrome pós-trauma relacionado a mudança no estado de saúde (fatores de risco: ambiente que não oferece apoio, percepção do evento, profissão, suporte social inadequado, senso de responsabilidade exagerado)</p> <p>Débito cardíaco diminuído relacionado a volume de ejeção alterado caracterizado por ansiedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto a redes de apoio e suporte para o tratamento - Orientar redes de referência e contra referência para o cuidado da condição crônica. - Orientar sobre enfrentamentos da doença em relação a vida social, profissional e demais fatores estressantes referidos pelo indivíduo. - Aconselhar sobre atitudes positivas para elevar o cuidado em saúde (realização de atividades físicas/ alimentação equilibrada/ abandono de hábitos prejudiciais a saúde/ etc.) - Planejar as atividades do paciente, conforme os seus limites. - Orientar quanto a importância do monitoramento da pressão arterial e frequência cardíaca periodicamente. - Monitorar regulamente o regime medicamentoso do paciente.

<p><i>“Pareço uma pessoa normal, que não tem nada. Posso trabalhar. Normal. Mas não trabalho, eu tenho serviço, tinha muito serviço que eu fazia. Carroça, charrete pra vender pros outros, mas por enquanto não posso fazer nada.” P5</i></p>	<p>Sempre foi uma pessoa normal.</p>	<p>Ansiedade relacionado a mudanças no estado da saúde caracterizado por produtividade diminuída.</p> <p>Risco de intolerância à atividade relacionado a presença de problemas circulatórios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer que as mudanças em relação as atividades laborais são por um período determinado para recuperação, após este período suas atividades podem retornar normalmente. - Esclarecer dúvidas e anseios em relação a vida após a ATCP. - Estabelecer metas para melhorar o nível de atividades do paciente, levando em consideração as limitações físicas e o nível de energia.
<p><i>“E também os médicos disseram que também um pouco podia ter vindo dar isso era o stress.” P1</i></p>	<p>A doença veio do stress.</p>	<p>Sobrecarga de estresse relacionado a estressores intensos (p. ex. doenças crônicas) caracterizado por relato de impacto negativo em decorrência do estresse (p. ex. sintomas físicos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar que a diminuição dos fatores estressantes pode trazer benefícios de uma forma geral para a saúde.
<p><i>“...mas é bom pra aprender dos erros que a gente faz, estraga a saúde da gente. Dá pra evitar.” P6</i></p>	<p>Aprendeu com atitudes negativas.</p>	<p>Disposição para autocontrole da saúde melhorado caracterizado por descrever redução dos fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a controlar os fatores de risco (abandono do tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e etc) e promover medidas para melhorar a saúde como por ex. prática de atividade física (reabilitação cardiovascular oferecida pelo serviço), alimentação saudável, diminuição dos níveis de estresse, importância da adesão a terapia medicamentosa e etc.

<p><i>“A minha comida era bem salgada e bem gordurosa. O meu marido não come nada gorduroso. Nada. Até assim, vamos supor, hoje vamos fazer uma car ninhã assada, aquela gordurinha, ele ainda cortava e colocava no meu prato.” P9</i></p>	<p>A alimentação é inadequada.</p>	<p>Disposição para nutrição melhorada caracterizado por expressar desejo de melhorar a nutrição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer aconselhamento dietético ajustado aos fatores de risco, preferências e capacidades do paciente. - Salientar a importância da nutrição adequada dentro do tratamento. - Estimular a ingestão alimentar adequada dentro dos padrões culturais da sua rede. - Identificar as preferências alimentares e orientar-las dentro das limitações da dieta prescrita do paciente.
<p><i>“Fumava até o dia do infarto... o cigarro, graças a Deus, eu saí daqui sem ele! Eu fiquei dois dias. Três dias, quatro, cinco, seis sem fumar, pra que que eu vou chegar em casa agora e vou fumar? Mas se eu fiquei aqui seis dias pra que que eu vou chegar lá e vou fumar, né?!” P4</i></p>	<p>Abandonou o Tabagismo/ fator de risco.</p>	<p>Disposição para autocontrole da saúde melhorado caracterizado por descrever redução dos fatores de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a redução dos fatores de risco, neste caso em específico o tabagismo. - Salientar que o tabagismo é um dos principais fatores desencadeantes da DAC. - Encaminhar para programa de controle do tabagismo e grupos de apoio.
<p><i>“Porque eu ando de bicicleta. Não ligeiro, mas lentozinho eu ando. Então, eu quero saber dele se isso daí pode prejudicar ou não. Porque daí eu não faço, né?” P5</i></p>	<p>Falta esclarecimento sobre a doença.</p>	<p>Autocontrole ineficaz da saúde relacionado ao déficit do conhecimento caracterizado por expressar desejo de controlar a doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre mudanças necessárias nas atividades diárias. - Esclarecer dúvidas sobre ao retorno para a prática de atividades físicas e, se possível encaminhar para o serviço de reabilitação cardiovascular. - Orientar sobre os recursos disponíveis

			na comunidade para aumentar a atividade física.
<i>“Tipo esses stent, pode dar alguma complicação, tem que trocar ou não? É para toda vida?” P6</i>	Tem dúvidas relacionadas ao procedimento.	Autocontrole ineficaz da saúde relacionado a complexidade do regime terapêutico caracterizado por expressar desejo de controlar a doença.	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer todas as dúvidas relacionadas ao procedimento e ao <i>stent</i> bem como, das possíveis complicações. - Orientar da importância da adesão a terapia medicamentosa prescrita, pois esta é importante na manutenção do stent implantado.

DISCUSSÃO

Visto que a doença surge de repente e os sinais e sintomas podem ser de etiologias e formas variadas em cada pessoa, a busca do cuidado acontece independente desses fatores e, neste momento, o indivíduo sem entender direito o que está acontecendo se depara com sentimentos como medo, ansiedade, frustração, impotência e uma série de representações sobre a doença que repercutem no seu viver.

Isso pode ser comprovado por uma pesquisa realizada por Marinho (2002), na qual afirma que na imagem que os clientes infartados apresentaram foi muito forte a menção à mudança no estilo de vida, sendo vários os aspectos que denotam uma Representação Social marcada pela necessidade de repadronização do processo vital, seja espontaneamente, seja decorrente de limites físicos ou psicológicos que aparecem caracterizados como mudança no estilo de vida, especialmente em relação à alimentação, pois todos os clientes entrevistados abordaram essa questão. Outro aspecto que participa nessa imagem é a relação com a família, algo que pode indicar a necessidade de sustentação para as mudanças dos hábitos de vida, além de indicar que a família se preocupa com o infartado.

As orientações recebidas sobre a necessidade de mudanças na vida e as dúvidas que esses indivíduos têm em relação ao procedimento, ao tratamento proposto e aos encaminhamentos necessários ainda são falhas, no processo de alta hospitalar, fazendo com que o indivíduo volte para a comunidade em que vive com dúvidas em relação ao tratamento e ao local de saúde que deve ser referenciado. Trata-se de uma ação fundamental e de baixo custo de implementação nos serviços de saúde, que poderia diminuir muito o fluxo destes pacientes nas emergências hospitalares, bem como as reinternações hospitalares.

Dessa forma, julga-se necessário rever nossa assistência de enfermagem prestada, na tentativa de entender as dúvidas destes indivíduos com DAC e mudar esta realidade por meio de Orientações de Enfermagem construídas através das próprias dúvidas geradas por estes indivíduos, ou seja, orientações focadas nas necessidades e na cultura da rede destes indivíduos.

Através de um estudo realizado por Dessotte et al. (2011), após receber o diagnóstico os indivíduos se defrontam com situações como aprender a conviver com a doença cardíaca e as possíveis incapacidades dela decorrente. Assim, os autores enfatizam a importância de estabelecer um plano de cuidados individualizado para os pacientes com

DAC, considerando a experiência da doença, assim como o sexo do paciente.

Aqui também se pode enfatizar a importância legal que temos, como profissionais Enfermeiros, em implementar e orientar esses pacientes, uma vez que somos amparados através da Resolução do COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. Ela determina que o Processo de Enfermagem deve ser organizado em cinco etapas inter-relacionadas: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem; o que implica num processo de cuidado individual e dinâmico frente às necessidades apresentadas pela pessoa a ser atendida pela enfermagem.

Baggio et al. (2001) realizaram um estudo com pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca e concluíram que a orientação adequada sobre uma situação desconhecida que está por concretizar-se (neste caso, a cirurgia) torna o paciente mais tranquilo e encoraja-o a aceitar os fatos. A orientação permite o esclarecimento e a clarificação do evento aos indivíduos nele envolvidos diretamente. O paciente, familiares e/ou pessoas próximas que participam dessa vivência, os quais têm oportunidade de verbalizar suas emoções e obter o esclarecimento a respeito de suas dúvidas pela melhor compreensão da situação que será vivenciada. Observa-se, também, a importância de identificar as particularidades de cada ser humano em relação às suas necessidades no momento da orientação, que nem sempre eram as informações contidas em nosso protocolo guia, e, sim, uma presença amigável num momento de ansiedade. O respeito à individualidade de cada paciente tornou o encontro da orientação um momento de desabafo, de troca de pequenas confidências e estabelecimento de confiança, não só no profissional, mas na pessoa que interage com eles naquele momento. Os seres humanos sob a condição eminente de sofrer um processo cirúrgico cardíaco apresentam necessidades diferenciadas. Durante a visita pré-operatória, o enfermeiro, através do relacionamento interpessoal, estabelece a humanização, caracterizada pela interação enfermeiro/paciente, com o que ocorre a aceitação fundamentada na atenção, confiança e apoio entre esses seres.

Em uma revisão bibliográfica feita por Lanzoni et al. (2011), sobre a interação no ambiente de cuidado, esta se traduz em atitudes realizadas para promover, manter ou recuperar a saúde. Com destaque para a comunicação efetiva e solidária, que possibilita demonstrar

interesse, atenção, sentimentos e possibilidades. Expressa por meio de sorrisos, conversas, brincadeiras, esclarecimentos sobre os procedimentos, orientações e estímulos para o autocuidado, que favorecem o alívio das sensações de medo, dor, preocupação, angústia e pânico. A comunicação viabiliza uma relação dialógica ao acolher a palavra do outro, oportunizando a escuta, a troca de informações e a demonstração de disponibilidade.

Para Malta (2004), o grande desafio consiste em restabelecer uma nova prática, centrada no estímulo à promoção da saúde, prevenção, referenciada no vínculo e na responsabilização.

Muitas evidências apontam que o processo de construção de redes auxiliaria no desenvolvimento e melhoria do nosso sistema de saúde. Mendes (2011) afirma que esse movimento universal em busca da construção de Redes de Atenção à Saúde está sustentado providências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Há evidências, providas de vários países, de que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde.

CONCLUSÃO

As Orientações de Enfermagem, bem como a implementação do Processo de Enfermagem de uma maneira geral melhoram nitidamente a qualidade da assistência prestada à pessoa com DAC pós-ATCP. Observa-se que se faz necessária a implementação de um protocolo de cuidado, com orientações de enfermagem para a alta hospitalar das pessoas submetidas a ATCP, visto que muitos delas se deparam pela primeira vez com essa situação e não têm informação sobre a sua patologia, o procedimento que foi realizado e o tratamento proposto a que irão ter que aderir de forma continuada.

Como citado anteriormente, ficou claro que essas pessoas recebem alta hospitalar pós-ATCP com poucas orientações sobre os cuidados a serem adotados em suas vidas, como com a alimentação, a terapia medicamentosa, atividade física, bem como serviços de referência para cuidado em saúde. Ou seja, de uma forma geral as orientações para os cuidados pós-ATC e para as mudanças no estilo de vida pós-alta hospitalar não ficam bem claras para estes indivíduos.

Salienta-se que existe uma carência de orientações e esclarecimentos em relação à DAC de uma forma geral, demonstrando a necessidade de ações de educação em saúde, orientação e esclarecimento de dúvidas, momento este em que o enfermeiro precisa

estar aberto para escutar o paciente, suas dúvidas e as reais necessidades destas pessoas. Identificar as possibilidades que a pessoa tem de autocuidado, conhecer sua rede social e de apoio, definir para que serviço será referenciada, realizando as orientações adaptadas à sua realidade, são ações esperadas do enfermeiro.

Sendo assim, o processo de pesquisar-cuidar demonstrou a importância de elaboração, juntamente com o grupo de enfermeiros do serviço pesquisado, de um protocolo de orientações para o cuidado especializado e qualificado à pessoa com DAC pós-ATCP para nortear as orientações de enfermagem no momento da alta hospitalar e os acompanhamentos ambulatoriais subsequentes.

Sentir-se doente e mudar de comportamentos de vida a partir da doença coronariana, que é uma condição crônica de saúde de alta prevalência em nosso país, requer por parte das pessoas acometidas de um cuidado contínuo, permanente, convivendo com a insegurança de que a qualquer momento essa condição pode agudizar-se. Assim, o profissional de saúde deve estar preparado para orientar, assistir e compartilhar experiências em todas as fases e processos de viver e adoecer destas pessoas.

REFERENCIAS

BAGGIO, M.A; TEIXEIRA,A; PORTELLA, M. R. Pré-operatório do paciente cirúrgico cardíaco: a orientação de Enfermagem fazendo a diferença. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 122-139, jan. 2001.

BRASIL. **Painel de Indicadores do Atlas de saúde.** 2011. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/atlas.show.mtw>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

CAMPOS, L H. de; NASCIMENTO, G. F. Traços psicológicos dos pacientes submetidos a Angioplastia transluminal coronariana. **Rev Brasileira Cirurgia Cardiovascular**, v. 5, n. 3, p. 195-199, 1990.

CANNON, C P.; STEINBERG, B A. **Cardiologia preventiva:** fatores de risco para doença arterial coronariana e ensaios clínicos de prevenções primária e secundária. Cap. 1. Cardiologia baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2012.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Disponível em:

<http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>.

Acesso em: 30 jan. 2013.

DESSOTTE, C. A. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de sujeitos internados, decorrente da primeira síndrome coronariana aguda.

Rev. Latino- Am. Enfermagem, v. 19, n. 5, p. 1106-1113, set/out. 2011.

LANZONI, G. M. de M. et al. Interações no ambiente de cuidado:

explorando publicações de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistências. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MARINHO, M. G. R. **Representação social como referência para repadronização do processo vital de clientes infartados.** 127 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NANDA - DIAGNÓSTICOS de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2012-2014

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Intervenção coronária percutânea e métodos adjuntos diagnósticos em cardiologia intervencionista.** 2. ed. São Paulo: SBC, 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: 2004.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização desta pesquisa, obtive uma aproximação com as pessoas com DAC, e pude compreender o significado da doença para elas, assim como da sua rede de cuidado nas suas relações de convívio. A complexa rede que interfere positivamente, ou mesmo negativamente em suas vidas, serve de base para a realização de mudanças de padrões de vida, as quais necessitam ser compreendidas.

As buscas de referências sobre o tema foi de extrema relevância para a construção deste processo, além da imersão no tema pesquisado e compreensão das redes. Cada indivíduo traz suas histórias, que é caracterizada por significados singulares que, juntamente com sua rede de cuidado, são vivenciadas a cada dia intensamente.

A doença traz mudanças significativas não apenas na vida pessoal relacionada ao tratamento, mas também mudanças na vida profissional, pois muitos têm a necessidade de se afastar do trabalho por algum tempo ou mesmo abandoná-lo definitivamente. Isso traz preocupações e repercussões relacionadas à vida financeira, principalmente quando esta situação da doença acomete o homem, que geralmente é o provedor da renda familiar.

Observa-se que o surgimento e a compreensão da DAC trouxe novas possibilidades de cuidado consigo mesmo, fazendo com que essas pessoas buscassem uma vida mais saudável, eliminando hábitos que consideravam prejudiciais à saúde e seguindo o tratamento recomendado. Dessa forma, muitas vezes se fez necessário, o apoio da família, amigos, profissionais, ou seja, da rede de cuidado estabelecida.

A rede desses pacientes se mostrou participante do cuidado, já que na maioria das consultas esses pacientes estavam acompanhados de familiares, amigos ou vizinhos. Os resultados revelaram que existem relações de cuidado na família e entre os amigos, além da busca de cuidado profissional na rede social. As redes constituem-se de potencialidades e fragilidades. Seja no aspecto educativo, quando o indivíduo sente que está doente, porém não sabe identificar os sinais e sintomas, e então busca conhecer sobre a doença para se cuidar, ou no apoio oferecido frente às necessidades impostas pela doença. Por outro lado, apareceu a dificuldade de seguir o tratamento, frente às limitações dos serviços e profissionais preparados para o cuidado. Na rede surgem os medos e as representações da doença, muitas vezes negativas.

Constata-se que grande parte das pessoas que foram acometidas pela DAC possui a falta de conhecimentos acerca das atitudes de prevenção e cuidado consigo no momento do diagnóstico. Além do

pouco conhecimento em relação à doença, ao procedimento ATCP a que foram submetidas e aos cuidados a que devem ser submetidas após esse procedimento.

O cuidado do Enfermeiro, bem como dos outros profissionais de saúde, por sua vez ainda tem muitas limitações: os profissionais ainda estão pouco preparados para atender essa clientela, sendo que grande parte dessas pessoas só necessita de orientação, além do sistema de referência e contrarreferência ainda ter muitas falhas, com o próprio desconhecimento dos profissionais da saúde em realizar o encaminhamento de forma adequada.

Outro fator relevante encontrado nesta pesquisa é a dificuldade de adesão ao tratamento relacionado a fragilidades da rede de cuidado, como a falta de alguns medicamentos na rede básica de saúde e de orientações adequadas dos profissionais de saúde.

A convivência com uma doença crônica representa significados singulares e próprios para essas pessoas, mas que não as impedem de viver uma vida saudável e com qualidade dentro de seu universo. Viver com DAC traz significados e representações que aos poucos vão sendo desvendados e interpretados por essas pessoas.

Fica claro que o estabelecimento das redes de cuidado desempenha um papel fundamental para o cuidado em saúde, e que através dela as pessoas com DAC submetidas à ATCP conseguem encarar este processo de doença e estabelecer mudanças no estilo de vida contando com o apoio dessa rede, bem como estabelecendo troca de conhecimentos, experiências, e compartilhando vivências, medos e inseguranças.

Como lacuna de conhecimentos, fica a importância da implementação das orientações de enfermagem sistematizadas para as pessoas com DAC pós-ATCP, para que estas compreendam de certa forma o processo de saúde/doença, os procedimentos realizados, bem como o tratamento pós-alta hospitalar, que será de suma importância para o contínuo sucesso desse procedimento. Essa informação é de extrema importância e é uma obrigação do profissional de saúde repassar todos os cuidados e as possíveis complicações subsequentes ao procedimento.

Sendo assim, se fazem muito importantes as ações de enfermagem na prevenção das complicações da DAC, pois muitas vezes esses pacientes não aderem adequadamente ao tratamento por falta de orientações e esclarecimentos em relação à doença, ao tratamento, aos cuidados necessários que devem seguir, principalmente no período de recuperação no seu domicílio. Na medida que a Enfermagem se faz

presente no cotidiano destes indivíduos, participando ativamente deste cuidado, e estimulando o envolvimento de uma rede de cuidado, que se faz próxima do paciente, facilita a troca de informações, atendendo as suas necessidades de uma forma mais integral.

REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, E. M. F. Apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, v. 18, n.40, p. 279-288, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2010.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p 286-298, fev. 2010.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistências em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev da Escola de Enfermagem da USP**, n. 43, v. 1, p. 54-64, 2009.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 925-934, 2002.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed70, 2008.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão de Intergestores Tripartite**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 18 jul. 2011.

BRASIL. **Painel de Indicadores do Atlas de saúde**. 2011. Disponível em <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/atlas.show.mtw>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BUDÓ, M. L. D. et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 753-760, dez. 2010.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós Infarto Agudo do Miocárdio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p 30-37, mar. 2007.

CENSTEMERO, M. P. **Revascularização miocárdica–cirúrgica ou percutânea**: análise crítica do estudo Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acessado em : 22 ago. 2011

_____. **RESOLUÇÃO COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acessado em: 25 mar. 2012

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANTAS, R. A. S.; STUCHI, R. A. G.; ROSSI, L. A. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 4, p.45-50, 2002.

FEITOSA, G. S. **Correlação clínico-fisiopatológica da insuficiência coronariana crônica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostra por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FONTES, B.; MARTINS, P. H. **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: UFPE, 2006.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com Diabete Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: da praticas de autoatenção ao apoio social. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado com valor. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE, VII, 2007. **Anais...** 2007. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/download/viiseminario/tatianaeerhardt29112007.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2010.

GOMES, M. A. M; BISPO, I. G.A; NETO, N. C. M. Marcadores Laboratoriais Não Tradicionais para Aterosclerose: Revisão de literatura. **Rev SOCERJ**, v. 22, n. 5, p. 318-325, 2009.

GUTIERREZ, D. M. D. Família, redes sociais e saúde: o imbricamento necessário. In: FAZENDO GÊNERO, 8, Florianópolis, 2008. **Anais...** Florianópolis: UFSC/UDESC, 2008.

HUDAK, C. M; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem**: uma abordagem holística. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. Insular; 2004.

HULLEY, S. B. et al. (Org.). **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LACERDA, A. et al. **Cuidado e emoções**: bens simbólicos que circulam nas Redes de Apoio Social. Projeto EPSJV/ FIOCRUZ, 2010.

MARCON, S. S. al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. esp., p. 116-124, 2005.

MARQUES, Z. F.A. A Regulação como sustentabilidade às redes de cuidado. In: CONASEMS, 2007. **Anais...** 2007.

MARTINS, P.H.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: UFPE, 2004.

MATHEUS, M.C.C; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: LMP, 2006.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 67-74, jan./abr. 2006.

MEIRELLES, B. H. S., **Redes Sociais em saúde**: desafio para uma nova prática em saúde em enfermagem. Trabalho apresentado para Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto – Depto de Enfermagem, CCS/UFSC. Florianópolis, 2004. 31p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NANDA - DIAGNÓSTICOS de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2012-2014

NOBRE, F.; SERRANO J. **Tratado de cardiologia**. SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: OMS, 2003.

OMS. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas. Elaboração e coordenação técnica e editorial OPAS/OMS - Representação Brasil. 2008 Organização Pan-Americana da Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas. Organização Pan- Americana da Saúde. – Brasília, 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil**: conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PEIXOTO, H. C. G. **Análise da mortalidade em Santa Catarina**. 2003. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br/sim/publicacoes>>. Acesso em: 04 nov. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Trad. Denise R. Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTUGAL, S.. Organizadores: FONTES, Breno; MARTINS, P. H.. Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos. In:FONTES, Breno; MARTINS, Paulo Henrique. **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Universitária, UFPE, 2006. 51-74.

PRÉCOMA, D. B. **Conduta em pacientes multiarteriais após o estudo Courage**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REZENDE, J. M. M.; CABRAL, I. E. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Pesquisa cuidado Fundam. Online**, v. 2, ed. supl., p. 22-25, 2010.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, 2005.

SERAPIONI, M.. O papel da família e das redes primárias da reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, sup., p. 243-253, 2005.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Doença Coronariana Crônica – Angina Estável. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Vol. 83, Suplemento II, Set, 2004.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Intervenção coronária percutânea e métodos adjuntos diagnósticos em cardiologia intervencionista**. 2. ed. São Paulo: SBC, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, J. M. A.; OLIVEIRA, D. C.; LIMA, V. C. **Guia de cardiologia: angioplastia transluminal coronariana**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.

SOUZA, S. S. et al. Viver com doença crônica em uma comunidade pesqueira. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, abr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2010.

SOUZA, Sabrina da Silva de. Apoio às pessoas com tuberculose e redes sociais [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2010.

SWEARINGER, P. L; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L.. **An Innovative approach to promote a healthy lifestyle for persons with chronic conditions in Brazil.** Life Style and health research progress. New York: Nova Biomedical Books, 2008.

**APENDICE A - ROTEIRO PARA CONSULTA DE
ENFERMAGEM**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1) Dados de Identificação:

Data da consulta: ___/___/___

Nome: _____

Código da pesquisa: _____ **Sexo:** ()M ()F **Idade:** _____

Estado civil: _____ **Data da alta hospitalar:** ___/___/___

Diagnóstico médico: _____

Procedimento realizado: _____

Data procedimento: ___/___/___

Com quem veio na consulta: _____

2) Anamnese:

Outras doenças associadas:

()DM ()Neuropatia ()Nefropatias ()Pneumonia ()Tb
() Câncer () Hepatopatia ()Alergias(a drogas, soluções, fitas
desivas): _____

()HAS () Tabagismo () Etilismo () uso de drogas

()Cirurgias anteriores: _____

História familiar: _____

Medicações em uso: _____

Aderência aos tratamentos propostos: ()Sim ()Não

Atividade Física: ()Sim ()Não

Habitos alimentares:

Eliminações:

Evacuações:

Diurese:

Sono e repouso:

3) Exame Físico:**Nível de consciência:**

- () Lúcido/Orientado () Confuso
 () Síncope () Crise Convulsiva () Perda de memória
 () Tremores () Tonturas () Dormência

Sistema Cardiovascular:**FC:** _____ bpm**Ausculta cardíaca:** _____**PA:** _____ / _____ mmHg

Mucosas: () Normocoradas () Hipocoradas () Cianóticas () Ictérica

Enchimento capilar: () Lento () normal

- () Dispnéia () Dor torácica () Palpitações
 () dormência/Frio nas extremidades () Varicosidades

Sistema Respiratório:**FR:** _____ mrpm**Ausculta pulmonar:** _____

- () Tosse () Falta de ar () Hemoptise () Asma () Expectoração
 () Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico

Sistema Gastrointestinal:

- () Náuseas () Vômitos () Dispepsia () Disfagia
 () Constipação () Diarréia

Abdomen: () Flácido () globoso () Distendido () Tenso

Ruídos hidroaéreos: () presente () ausente () diminuído () aumentado

Sistema Muscular:

- Amplitude de movimentos:** () Normal () Parcial () Ausente
 () Lesões () Fraturas () Uso de equipamentos terapêuticos:

Sistema Tegumentar:

Coloração da pele: () Corada () Hipocorada () Hiperemiada () Ictérico () Cianótico

Umidade da pele: () Normal () Seca () Sudorética**Temperatura:****T:** _____ °C

- () Normal () Quente () Fria

() Lesões () Hematomas () Equimoses () Petéquias () Úlceras
 () Escoriações

Curativos: Descrição/Região/Aspecto/Tipo de Curativo a ser feito:

Questões de pesquisa

1. Relacionados ao conhecimento sobre a doença

- a) Fale o que você conhece sobre a sua doença.
- b) Quais as medicações que você começou a usar depois da ATCP?
- c) Quais as mudanças que ocorreram na sua vida depois da ATCP?
- d) Você tem algum medo em relação a esta doença?

2. Relacionados a rede de cuidados

- a) Quais as novas relações/ elos que você estabeleceu depois da ATCP?
- b) Você conhece quais os locais que você pode pedir auxílio, orientações e o que mais necessitar em relação a sua doença?
- c) Você conhece quem são estas pessoas que podem prestar este auxílio?
- d) Você tem necessidades de orientação/ dúvidas em relação a sua doença, a ATCP, ao estilo de vida, as medicações, etc.

3. Relacionados aos serviços de referencia e contra-referencia

- a) Quais foram os novos elos que você estabeleceu?
- b) Quais são as alternativas para a rede?
- c) Qual a sua opinião em relação a rede de cuidado com as redes de atenção a saúde

Enfermeira : _____

Data ____/____/____

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar do projeto de pesquisa **“Rede de cuidado a pessoas com Doença Arterial Coronariana submetidas a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea”**, que será desenvolvido pela mestranda Maria Christina Zapelini, sob orientação da Professora Doutora Betina Horner Schindwein Meirelles.

Esta pesquisa tem como objetivo: Analisar como se estabelecem as relações entre as pessoas com DAC submetidas a ATCP atendidas em um serviço de referência e sua rede de cuidado.

O estudo é necessário para que a partir do conhecimento adquirido possamos propor novas formas de cuidado às pessoas com doença coronariana, podendo contribuir para dar maior suporte às pessoas que convivem com essa doença.

Serão realizadas consultas de Enfermagem como forma de assistir os pacientes bem como, coletar os dados que alimentarão a pesquisa. Isto não traz riscos ou desconfortos, mas esperamos que lhe traga benefícios relacionados a ajudar os profissionais de saúde a terem uma maior compreensão sobre a rede de cuidado que recebem para conviver com a doença coronariana.

Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que a identifique serão mantidos em sigilo e que terá liberdade para

desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine. Qualquer informação adicional ou esclarecimentos a respeito da pesquisa poderá ser obtida junto à pesquisadora responsável Maria Christina Zapelini (Enfermeira COREn/SC 114.715) ou sua orientadora, professora Dra. Betina Horner Schindwein Meirelles (Enfermeira, COREn/ SC).

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. Campus Universitário – Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88.040-900 Telefone: 0 xx 48 – 3721-9480 E-mail: titazapelini@ig.com.br

Eu,
abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: “Rede de cuidado a pessoas com Doença Arterial Coronariana submetidas a Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea”. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e método, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo ao cuidado que recebo.

Assinatura: _____

RG:.....

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2012 .

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: REDE DE CUIDADO A PESSOAS SUBMETIDAS A ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA PERCUTÂNEA

Área Temática:

Pesquisador: Betina Hörner Schindwein Meireles

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 01930112.1.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 34575

Data da Relatoria: 11/06/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto (CAAE 01930112100000121) intitula-se "Rede de cuidado a pessoas com doença arterial coronariana submetidas a angioplastia transluminal coronária percutânea" trata de uma pesquisa de caráter prospectivo, qualitativo e descritivo, na modalidade convergente assistencial, que objetiva compreender as relações entre as pessoas submetidas a ATCP atendidas em um serviço de referência e sua rede de cuidado.

O projeto subsidia um projeto de dissertação no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, tendo como instituição participante o Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, e o período previsto para a coleta de dados corresponde a abril a julho de 2012. Tamanho da Amostra (Brasil): 12 (pacientes submetidos a ATCP: 6. Rede de cuidado: 6; entrevistas).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender como se estabelecem as relações entre as pessoas submetidas a ATCP atendidas em um serviço de referência e sua rede de cuidado.

Objetivo Secundário:

- Conhecer como as pessoas submetidas a ATCP percebem a sua relação com rede de cuidado.

- Identificar as potencialidades e fragilidades apontadas pelas pessoas submetidas a ATCP, no que se refere à sua rede de cuidado.

- Implementar Orientações de Enfermagem, para desencadear a construção da rede de cuidado a estes pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto enfatiza a ausência de riscos ou desconfortos aos sujeitos da pesquisa pois trata-se de uma pesquisa que tem por objetivo compreender a rede de cuidado do paciente pós ATCP e sua rede de cuidado e esta se dará no momento da Entrevista de Enfermagem.

Benefícios:

O estudo é necessário para que a partir do conhecimento adquirido possamos propor novas formas de cuidado às pessoas com doença coronariana, podendo contribuir para dar maior suporte às pessoas que convivem com essa doença. São esperados benefícios relacionados aos pacientes e uma maior compreensão sobre a rede de cuidado que recebem para conviver com a doença coronariana.

Outrossim, a pesquisa tem como compromisso, contribuir no processo de construção de conhecimento acerca da temática sob estudo, na área da Enfermagem, bem como, reavaliar a assistência de Enfermagem e demais necessidades dos pacientes no processo de saúde-doença, visando desta forma propor novas estratégias de atuação dos Enfermeiros junto aos doentes coronarianos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão realizadas consultas de Enfermagem como forma de assistir os pacientes bem como, coletar os dados que alimentarão a pesquisa.

Os pacientes serão convidados a participar, e, serão esclarecidos individualmente, com linguagem acessível, acerca dos objetivos da pesquisa e dos benefícios que essa buscará promover e da não obrigatoriedade da sua participação. Serão informados também, de que em qualquer momento da pesquisa poderão solicitar sua exclusão. Será destacado a cada sujeito o direito de sua privacidade, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações e que será resguardada confidencialmente sua identidade.

Será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, uma para arquivo do pesquisador e outra para o participante da pesquisa. A proponente destaca que um dos objetivos e compromisso ético da pesquisa, implica em retornar os resultados aos sujeitos envolvidos no processo, finalizando assim, a etapa de Convergência da pesquisa na qual determina a PCA. Além disso, a realização desta pesquisa será permeada, em todos os momentos, pelo respeito à individualidade, aos valores e à cultura de cada pessoa participante do estudo.

Serão mantidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando a relação pesquisador e participante, mantendo o anonimato dos participantes utilizando a identificação das falas dos participantes através da letra P seguido do número, além de preservação do acervo sob os cuidados do pesquisador.

Metodologia de Análise de Dados:

Esta se divide em processo de apreensão onde as entrevistas serão transcritas e organizadas para o processo de codificação. Inicialmente, a fase de interpretação, será dividida em síntese, teorização e transferência. As entrevistas serão transcritas literalmente pelo pesquisador, após serão organizadas e estruturadas para iniciar a obtenção de significado dos dados, ou seja codificação. Em seguida, serão relatados os dados, em busca de significados, desenvolvendo um esquema de categorias. Em seguida será iniciado o processo de organização dos dados e busca de semelhanças que conectem as informações nas categorias.

Por fim, no processo de interpretação dos dados, será realizada a síntese de dados, a teorização e finalização, com a transferência dos dados.

Os critérios de inclusão e exclusão, bem como os desfechos primário e secundário, foram devidamente definidos na apresentação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de rosto;
- Declarações de autorização das instituições (PPGE/UFSC e ICSC);
- TCLE (Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido);
- Relatório da pesquisa;
- Projeto de qualificação (Dissertação).

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto submetido e a documentação relacionada estão em conformidade com a legislação vigente que rege a questão da Ética na pesquisa com seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer foi colocado em discussão e acatado no Colegiado em 11/06/2012.

Na data de emissão desse parecer estavam pendentes os pareceres de algumas co-participantes. As mesmas deverão ser apresentadas antes do início do projeto.

FLORIANOPOLIS, 11 de Junho de 2012

Assinado por:
Washington Portela de Souza