

CARLA ANDRÉA KERBER

**LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA: O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO HUMANÍSTICO
TECNOLÓGICO**

Florianópolis, Fevereiro de 2001.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UPF**

**LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA: O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO HUMANÍSTICO
TECNOLÓGICO**

CARLA ANDRÉA KERBER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem-Área de Concentração: Assistência de Enfermagem

**ORIENTADORA: Profª Drª ALACOQUE
LORENZINI ERDMANN**

Florianópolis, Fevereiro de 2001.

K391 Kerber, Carla Andréa

Laboratório de hemodinâmica : o espaço organizacional do trabalho da enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico / Carla Andréa Kerber. – 2001.

89 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina : Universidade de Passo Fundo, 2001.

1. Enfermagem 2. Hemodinâmica 3. Cuidado humanístico tecnológico I. Título

CDU: 616-083

Catálogo na fonte: bibliotecária Sandra M. Milbrath Vieira CRB 10/1278

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2001

**LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA: O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO
HUMANÍSTICO/TECNOLÓGICO**

CARLA ANDRÉA KERBER

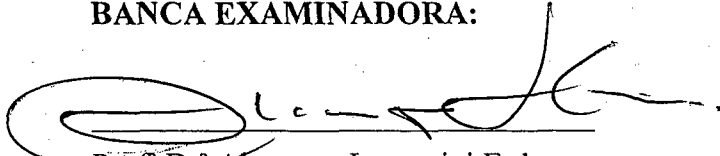
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

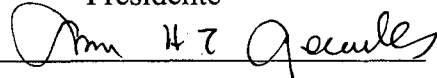
E aprovada em sua forma final em 28 de fevereiro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.


Profª Drª Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora


BANCA EXAMINADORA:


Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann

Presidente


Profª Drª Lúcia H. T. Gonçalves

Membro


Profª Drª Cleusa Rios Martins

Membro


Profª Drª Rosita Saupe

Membro Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais Benno e Maria Eulália.

Se Deus nos permitisse passar através de nossas vidas sem quaisquer obstáculos, ele nos deixaria aleijados. Nós não iríamos ser tão fortes como poderíamos ter sido. Nós nunca poderíamos voar.

Amo vocês com toda a força do meu coração!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus**, força, presença, luz, amparo, consolo, espírito, fé...

Agradeço aos meus pais, **Benno e Maria Eulália Kerber**.

Pai! Desde o primeiro capítulo, a seleção do mestrado... achavas que a turma iria me esquecer...

Mãe! O sofrimento todo que te causei por ter protelado este fim, renderam-te rugas a mais, peço desculpas. Você é minha cúmplice desta árdua, mas prazerosa caminhada.

Amo vocês demais pela minha vida, pelas oportunidades, pela presença constante e desmedida, pelo carinho, pelo amor!

Aos meus **irmãos, cunhada (os), sobrinhos e sobrinhas!**

Alécio e Juvênia Kerber, Roger Alex e Samanta Larissa

Dulce e Lírio Rissi, Vanessa e Varlei, Venícius

Dolores e Adair Bicigo, Gabriel e Fernanda, Gabriela

Claudete e Walter Rizzi, Giancarlo e Suelen

Pela ajuda que recebi de todos vocês, que amo e necessito demais, pelas viagens (carreguei quase todos comigo), pela preocupação, pela torcida permanente por mim, muito obrigada!

À **Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann**, minha orientadora, mas antes de tudo amiga, conselheira, guia. Agradeço a paciência, a atenção, a orientação e todo o apoio recebido.

Ao mestre, doutorando, Enfermeiro, amigo, **Luís A. Bettinelli**, por toda a atenção, torcida, incentivo que me deste durante o percurso desta caminhada, Obrigada!

À minha amiga **Maristela Rodrigues**! A cumplicidade da nossa caminhada, nos tornou amigas-irmãs... Obrigada!

À família do **tio Euclides**, hoje, *in memoriam*, **tia Diva, Rafael, Letícia**, por todo o apoio e a ajuda a mim prestada, mesmo passando por uma fase muito difícil. Por toda vez que precisei do “resgate técnico” do Rafael e ele esteve sempre presente. Obrigada!!!

Aos meus tios, **Nilza e Vicente Külzer**, e a meus primos **Neiva, Vilson e Marli**. Obrigada por todo carinho, atenção e principalmente o abrigo recebido. O aconchego desta casa, tão familiar para mim, foi o alento necessário para me sentir ainda mais feliz nesta cidade maravilhosa que é Florianópolis. Obrigada!!!

A família de minha prima **Eunice e Rubens Nodari**, pela atenção dispensada a mim e a Maristela.

À **equipe da hemodinâmica**! A razão de ser dessa dissertação é todo o trabalho que realizamos juntos. Aos que estão nesta caminhada desde os quase oito anos de convivência, a minha amizade, carinho e apreço. Aos que a nos se juntaram no decorrer desta, e que da mesma forma contribuíram para este estudo, o muito obrigada!

Dr. Carlos Mattos, Dr. Norberto Duda, Dr. Ibsen Trindade, Dr. Rogério Tumellero, Maria Luiza, Helena, Natalina, Valdir, Arlete, Silvana, Cleucir, Leandro, Rosane Silva, Juliana, Janete, Alessandra, Rosângela, Daniela, Simone, Rosane Laimer, Eliane, Sandra, Joselaine ...

A hemodinâmica é fruto de todo o nosso trabalho conjunto. O mérito é de todos nós. E a manutenção e o crescimento contínuos está atrelada ao nosso esforço.

Ao amigo e colega de equipe **Dr. Norberto Toazza Duda**, o idealizador da nova hemodinâmica. O sonho que sonhamos juntos está concretizado. Estava longe de ser utopia! Melhor será se continuarmos a sonhar...

A amiga **Sandra**, vizinha, companheira! Obrigada por todo o incentivo.

Às amigas **Mônica Krahl e Tanira Donadussi**, colegas de Mestrado, companheiras, pelos momentos divididos, de sabedoria e lazer. Obrigada!

Ao **André Luís!** Você chegou ao final desta etapa, mas compreendeu a dimensão deste trabalho, me apoiando e me incentivando.

Aos **colegas do Mestrado Interinstitucional UFSC/UPF**, professores da UPF e colegas do HSVP, nos tropeços desta caminhada, encontrávamos forças uns com os outros para chegarmos ao final.

À **Profª Drª Zuleica Maria Patrício**, professora, amiga desta jornada. Obrigada por todo carinho e atenção a mim dedicada.

À **Profª Drª Rosita Saupe**, coordenadora deste mestrado. Obrigado pelo carinho, pela paciência e pela sabedoria com que conduziu este trabalho.

Ao **HSVP**, especialmente na pessoa do **Sr. Ilário Jandir de David**, todas as oportunidades a mim oferecidas, contribuindo, de forma crucial, para mais esta etapa concluída. E a chefia de enfermagem, **Irmã Enfª Carmelina Pellegrini, Enfª Liege Dutra** pelo apoio.

À **Universidade de Passo Fundo**, por possibilitar a realização deste Curso de Mestrado, principalmente à **Profª Drª Solange Longhi, Profª Drª Jurema Schonz e Profª Branca Severo**.

Aos funcionários do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, especialmente ao **Rodrigo e ao Nelson**, pela disponibilidade e empenho.

E, finalmente, a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste Mestrado, seja por gesto, palavra ou intenção.

RESUMO

LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA: O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO TRABALHO DA ENFERMAGEM PARA UM CUIDADO HUMANÍSTICO TECNOLÓGICO

Descreve-se a experiência organizativa do trabalho assistencial e administrativo no laboratório de hemodinâmica do Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo. A demanda cada vez mais expressiva do número de exames, a necessidade sentida pelos profissionais de enfermagem, da equipe de saúde e da administração do hospital, exigiram a reestruturação do ambiente físico, técnico, estrutural, administrativo e assistencial deste laboratório. A reestruturação física e técnica foi rapidamente implementada e o número de atendimentos e a expressividade estadual da hemodinâmica, superaram as expectativas e os objetivos propostos. A preocupação com a assistência aos pacientes estava baseada no modelo médico-assistencial não atendendo as reais necessidades dos pacientes e nem da equipe de enfermagem. Era necessário rever esse modelo. Era necessário aliar a tecnologia de ponta um cuidado humanístico. Foi utilizado um referencial teórico, baseado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, para implementar o cuidado humanístico tecnológico. Foi realizada uma prática assistencial junto a dois pacientes submetidos a angioplastia coronária, tendo sido evidenciado a viabilidade deste estudo, bem como, assinalado uma nova perspectiva de espaço organizacional de trabalho da enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico.

ABSTRACT

HEMODYNAMICS LABORATORY: THE ORGANIZATIONAL SPACE OF THE NURSING WORK FOR A TECHNOLOGICAL HUMANISTIC CARE

It is described the organizing experience of the assistance and administrative work in the hemodynamics laboratory of the Hospital São Vicente de Paulo in Passo Fundo. The more and more expressive demand of number of examinations, the need experienced by the nursing professionals, the health team and the administration of the hospital required the restructuration of the physical, technical, structural, administrative and assistance space of this laboratory. The physical and technical restructuration was quickly implemented and the number of attendances and the state expressiveness of the hemodynamics overcame the expectations and proposed objectives. The concern with the assistance to patients was based on the medical-assistance pattern, not meeting the patients' or the nursing team's real needs. It was necessary to review this pattern. It was necessary to join the latest technology to a humanistic care. It was used a theoretical referential, based on the Theory of Transpersonal Care by Jean Watson, to implement the technological humanistic care. It was performed an assistance practice with two patients submitted to a coronary angioplasty, in which the viability of this study, as well as, the signalling of a new perspective of the organizational space of the nursing work for a technological humanistic care were evidenced.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
1. O PROBLEMA.....	09
1.1. Objetivos do Estudo.....	09
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1. Jean Watson – Como trabalhou seus conhecimentos e sua teoria.....	10
2.1.1. Desenvolvimento de uma relação de cuidado humano de ajuda confiança	14
2.1.2. Cultivo da sensibilidade ao próprio <i>self</i> e ao das demais pessoas.....	15
2.1.3. Uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisões.....	16
2.1.3.1. Processo de enfermagem segundo Watson.....	17
2.1.4. Promoção de ensino-aprendizagem interpessoal.....	18
2.1.5. Assistência com a satisfação das necessidades humanas.....	19
3. O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	21
3.1. Organização do serviço de enfermagem.....	21
3.2. Cuidado de enfermagem – Conceitos	22
3.2.1. Pessoa/Ser humano.....	22
3.2.2. Saúde/Doença.....	23
3.2.3. Enfermagem.....	23
3.2.4. Ser Enfermeiro.....	24
3.2.5. Cuidado humano.....	24
3.2.6. Ambiente.....	27

3.4. Tecnologias de cuidado.....	27
4. O PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO.....	30
4.1. Histórico.....	30
4.1.1. Missão do HSVP.....	32
4.1.2. Programa de Qualidade Total.....	32
4.1.3. Enfermagem no HSVP.....	34
4.1.4. Histórico do GEHSVP	34
4.2. Contextualizando a hemodinâmica.....	36
4.2.1. O antes e o início do sonho.....	36
4.2.2. A nova hemodinâmica – o sonho idealizado.....	42
4.2.3. Espaço físico.....	42
4.2.4. Pessoal.....	47
4.3. Processo educativo no setor de hemodinâmica.....	47
4.4. Modelos Assistenciais.....	51
4.4.1. A assistência de enfermagem em hemodinâmica.....	52
5. A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL COMO UM CUIDADO HUMANÍSTICO TECNOLÓGICO.....	54
5.1. Pacientes.....	55
5.2. Sistemática.....	55
5.3. Da proposta teórica à realidade prática.....	56
5.3.1. Teoria.....	57
5.4. 1º paciente – Rio Amazonas.....	59
5.5. 2º paciente – Rio Madeira.....	65
6. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA.....	73
7. DA RAZÃO À SENSIBILIDADE.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	85

LISTA DE TABELAS

ANEXOS:

GRÁFICOS – Cateterismo e Angioplastia

Gráfico 1 – 01/01/1995 a 31/12/1995

Gráfico 2 – 01/01/1996 a 31/12/1996

Gráfico 3 – 01/01/1997 a 31/12/1997

Gráfico 4 – 01/01/1998 a 31/12/1998

Gráfico 5 – 01/01/1999 a 31/12/1999

Gráfico 6 – 01/01/2000 a 31/12/2000

Gráfico 7 – Total de Angioplastias e Angioplastias e Stents de Janeiro a Dezembro de 1997

Gráfico 8 – Total de 1997

Gráfico 9 - Total de Angioplastias e Angioplastias e Stents de Janeiro a Dezembro de 2000

Gráfico 10 – Total de 2000

Gráfico 11 – Equipe da Hemodinâmica em 1997 e 2000

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Corredor Principal.....	44
Figura 2 – Sala da enfermagem.....	44
Figura 3 – Sala de Laudos.....	45
Figura 4 – Sala de Materiais.....	45
Figura 5 – Detalhe do armário.....	45
Figura 6 – Armário de CD's.....	46
Figura 7 – Sala de Exames.....	46
Figura 8 – Desenho do Marco Teórico.....	75

ANEXOS

Figura 9 – Logotipo do laboratório de Hemodinâmica	
--	--

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo surgiu dos questionamentos a respeito da avançada tecnologia que hoje está em primazia sobre muitas ações de cuidado. Gostaria de usar uma manifestação de Pessini e Barchifontaine (1996, p. 163), para após seguir com as colocações introdutórias. Ei-lo:

Devemos assinalar que nenhuma máquina ou procedimento técnico é capaz de substituir o diálogo entre duas pessoas humanas, entre o médico e o seu paciente. Na sociedade tecnológica em que vivemos, será que a medicina pode ser diferente do que é? O poder médico é substituído progressivamente pelos atos técnicos e pelos medicamentos. O fato é que quanto menos o médico dá de si e de seu tempo, mais medicamentos prescreve e mais exames de laboratório pede...

Na enfermagem não é diferente. Quanto menos tempo a enfermeira dispensar ao lado de seu paciente, quanto menos se dispuser a conversar e conhecer essa pessoa que está à sua frente, numa situação de doença, mais o paciente sentirá dores, ansiedades, arritmias, dispnéias e, conseqüentemente, mais medicamentos terão que ser administrados.

Atuando como enfermeira administrativa e assistencial, no laboratório de hemodinâmica do Hospital Universitário São Vicente de Paulo (HSVP), em Passo Fundo/RS, tenho acompanhado a evolução tecnológica, o crescimento técnico-científico e administrativo da instituição e, principalmente, do setor. O mais inquietante, sobretudo, e que me instigou a fazer este trabalho junto ao paciente, foi não observar este mesmo crescimento nas relações do cuidado, se comparado ao da tecnologia.

A tecnologia de ponta tem evoluído de forma avassaladora na área da saúde, nas últimas décadas, e servido de instrumento de recuperação de pacientes graves e agudos (Barbosa, 1999). Na área da cardiologia intervencionista não é diferente. As

melhorias e ajustes são, pode-se assim dizer, mensais. É necessário aprimoramento e treinamento contínuos dos profissionais que ali atuam. Apesar do euforismo causado por essa maravilha tecnológica, na maioria dos profissionais da área da saúde, o trabalho da enfermagem tem mostrado que essa mesma tecnologia, “fria” e impessoal, auxiliou muito na recuperação dos pacientes agudos, porém não é suficiente para suprir as necessidades dessas pessoas.

Devemos atrelar a todo esse desenvolvimento tecnológico e científico, a evolução da esperança de bem-estar e do aumento da qualidade de vida dos seres humanos. Segundo Barbosa (1999, p. 31) “a necessidade de buscar uma abordagem de enfermagem ao cliente, que se caracterize por sua mais-humanização, tem contraponto na sedução do avanço da ciência e da tecnologia em si...”. A enfermagem deve buscar novas abordagens que orientem sua prática, no sentido de “mais-ser” em cada cliente, e no seu “mais-ser”, enquanto pessoa/profissional.

Nesse processo de humanização do cuidado, passa-se pelo resgate dos mais íntimos sentimentos e necessidades do ser humano, como a necessidade de ser e estar de bem consigo mesmo e com a vida; a necessidade de sentir-se bem física, social, cultural e espiritualmente; a necessidade de ser autêntico, sensível, sociável, útil, justo, valorizado e, acima de tudo, respeitado – tanto quem cuida como quem é cuidado.

Com a rapidez das transformações típicas da mudança de milênio, a tecnocracia é cada vez mais presente e, no laboratório de hemodinâmica, isto se torna muito mais evidente. É lá que a eficácia é exigida, que a competência é intrínseca, pois é um setor que trabalha, constantemente, com o coração. Interessante, pois no cotidiano da hemodinâmica o objetivo é curar ou minimizar as seqüelas cardiovasculares, mas, ao mesmo tempo, é um local onde as pessoas ainda não estão voltadas para o cuidado transpessoal, prestando por vezes um cuidado frio e impessoal.

Nestes sete anos e meio de prática profissional em laboratório de hemodinâmica, dediquei-me a esta tecnologia, portanto, muitas questões se foram perdendo ao longo do tempo, questionamentos que hoje, a partir desta prática pretendo refletir. Muito já foi conquistado, como ampliações, melhorias tecnológicas e físicas, aperfeiçoamento da

equipe médica e de enfermagem, secretarias e muito mais. Mas percebo que isso só não basta, há necessidade de maior aproximação entre as pessoas, que o contato é essencial, que a informação é preponderante para a fase crítica da pessoa com doença coronária e para seus familiares, e que a enfermeira é quem faz a interligação entre os envolvidos.

Na estruturação do novo laboratório de hemodinâmica, a preocupação foi a de criar um ambiente propício para que esse paciente fosse bem atendido. Para que nesse local tivéssemos condições físicas, estruturais e de pessoal para o tratamento e o cuidado eficiente e eficaz. E também, no intuito de tornar possíveis esses pensamentos, junto à prática da assistência de enfermagem no laboratório de hemodinâmica, foi desenvolvido um estudo, durante a realização da disciplina de prática assistencial, baseada na teoria de Watson, ou seja, nos fatores de cuidado que contemplem a satisfação das necessidades mais genuínas e autênticas da pessoa humana, para o desenvolvimento da proposta do cuidado humanístico e tecnológico.

A pessoa que procura atendimento, ou que necessita dele de forma muito involuntária, é extremamente vulnerável e sensível em seus sentimentos e percepções. Principalmente limitada em sua capacidade física, fragilizada por uma doença que, a cada dia mais, vem acometendo pessoas mais jovens, em plena capacidade de produção e imbuídas de muitas vontades e sonhos.

Recebe ele o cuidado humanizado e a atenção conforme suas necessidades, durante o atendimento à saúde no ambiente da hemodinâmica?

Quem seria esse paciente¹?

Quais são suas principais preocupações e anseios?

Quais são suas principais necessidades de cuidado?

O trabalho procura responder a essas reflexões. Tem o apoio da literatura técnica na área de hemodinâmica e da literatura atual do cuidado humanizado, principalmente voltado

¹ Termo usado para designar o ser humano e a família, no atendimento na instituição onde é realizada a prática assistencial.

às áreas de alta tecnologia e das teorias de enfermagem. Segue uma revisão sobre o coração, cardiopatia isquêmica e métodos diagnósticos e terapêuticos para introduzirmos o estudo.

Evolução histórica e conceituação do cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico

O coração

Os primeiros dados sobre o coração, segundo White (1974, p. 2).

O coração pulsante e os vasos sanguíneos (artérias e veias) devem ter sido conhecidos pelo homem primitivo e pré-histórico, já que sua existência é óbvia. Pela mesma razão, eles foram assunto precoce para os primeiros escritores médico-científicos dos tempos egípcios, gregos e romanos. Galeno, no segundo século D.C., descreveu quase todas as anormalidades do pulso que são reconhecidas hoje. Mas as doenças do coração e vasos sanguíneos não foram reconhecidas até que exames de necrópsia as desvendaram no princípio do século dezesseis, quando a Igreja começou a permitir esse procedimento. Os resultados dispersos de tais descobertas, durante os séculos dezesseis e dezessete, foram unificados por Theophile Bonet no seu *Sepulchretum* em 1679 e 1700, e seguidos por uma discussão mais ampla das lesões individuais, por Morgagni, em 1761.

Notáveis descobertas médicas, inclusive da fisiologia e patologia cardiovascular, surgiram esporadicamente nos quatro séculos, de 1500 a 1900, mas algumas foram bem sucedidas e outras não, e não havia programas de pesquisa organizada até o século vinte. Em outras palavras, a cardiologia em si não existia, apesar de um considerável número de médicos observadores terem mostrado particular interesse na fisiologia e patologia do coração e vasos sanguíneos, durante sua prática e ensino médico.

O problema da doença coronária

Para descrever o problema da doença coronária, embasando a história do cateterismo cardíaco, recorri às leituras de Meltzer (1997) e Dymond (1997). Onde nos parágrafos que se seguem ilustram claramente a enfermidade.

Meltzer (1997) coloca que as nações industrializadas buscam, cada vez mais, meios que possibilitem a diminuição da crescente taxa de mortalidade provocada pela doença coronária. Nos Estados Unidos quase 2.000 pessoas por dia, mais de 600.000/ano – morrem por causa desta enfermidade. A gravidade da moléstia fica mais evidente, quando se compara com a decorrente de todas as formas juntas de câncer – a segunda *causa mortis*, nos Estados Unidos – que representa menos da metade do número de vidas por ano. A doença coronária tem sido descrita como a maior epidemia já enfrentada pelo homem moderno. E não é somente a espantosa mortalidade que faz da doença coronária um problema de enormes proporções, mas também o fato de que ela invalida milhões de outras pessoas, muitas das quais durante os anos mais produtivos da vida.

O que pode ser feito com tão devastadora enfermidade? Certamente, o principal foco de ataque deve ser dirigido à prevenção da aterosclerose coronária. Nos últimos 50 anos, os pesquisadores têm-se debruçado sobre o problema de identificar a causa da aterosclerose, com a esperança de que, uma vez esclarecido o seu mecanismo fisiopatológico, este seja pelo menos prevenível e reversível. Infelizmente, nada de positivo se conseguiu até agora, e está cada vez mais evidente que um método útil de inibição ou controle da aterosclerose coronariana não será alcançado num futuro próximo. Certos fatores de risco associados com a doença coronária têm sido identificados (p. ex., níveis elevados de colesterol sérico, fumo, hipertensão, diabetes e outros), mas ainda não existem provas de que alguns desses fatores cause, especificamente, a aterosclerose coronária ou, mais significativo, que a redução destes riscos previna o aparecimento e a manifestação da doença coronária. Os que acreditam que a doença coronária é um efeito da “supercivilização” ou do estresse emocional dos tempos de hoje, devem ter uma visão ainda mais pessimista, pois parecem ser cada vez mais difíceis o ritmo e a intensidade da vida moderna. O aspecto positivo da questão é a esperança de que a doença coronária seja passível de prevenção primária. Isso significa que esforços deliberados terão que ser feitos, para se controlar os fatores de risco, desde a infância e através de toda a vida. Especificamente, as gerações futuras terão que reconhecer o perigo da obesidade, do fumo, estresse emocional e outros riscos potenciais, e evitá-los desde tenra idade. Tal conduta difere do atual plano de prevenção secundária, o qual tenta corrigir esses hábitos após o seu estabelecimento. Permanece em aberto a questão sobre a capacidade de as futuras gerações de absorverem e aceitarem estes conselhos, e se de fato a prevenção primária é mais eficaz do que a secundária.

Segundo Dymond (1997), o infarto do miocárdio é o evento mais importante entre as doenças arteriais coronárias, à exceção da morte súbita cardíaca não-identificada. Infarto do miocárdio e morte súbita estão intimamente relacionados. Não há dúvida de que a criação de Unidades de Atendimento Coronário, associada à habilidade dos paramédicos em desfibrilar pacientes que sofrem fibrilação ventricular, em consequência de infarto do miocárdio, reduziu a mortalidade devida a essa arritmia fatal. Até recentemente, cardiologistas e médicos, praticamente, não tinham influência sobre a porção de músculo cardíaco afetada pelo processo de infarto. Com o advento da era trombolítica, essa situação mudou, comprovando-se que a terapia trombolítica reduz, tanto a mortalidade hospitalar como, a longo prazo, devida a infarto do miocárdio, evitando a necrose tissular. A classificação de pacientes pós-infartados, quanto ao risco futuro, foi bastante aperfeiçoada nos últimos anos, assim como estão em franca evolução as técnicas de imagem, para diferenciar o miocárdio viável do não-viável. Os testes prognósticos, no paciente infartado, não são totalmente perfeitos, mas possibilitam identificá-lo como sendo de baixo ou de alto risco, para eventos futuros. As complicações do infarto do miocárdio, tanto elétricas como mecânicas, apresentam características próprias quanto a seu controle.

Embora a doença cardíaca isquêmica ainda seja a principal causa de morte, existem indícios animadores. Desde 1985, quando a taxa de mortalidade era de 330 por 100.000, essa taxa caiu progressivamente para 292 por 100.000, em 1990. A fisiopatologia do infarto agudo do miocárdio, atualmente, concentra-se na importância da ruptura da placa e a subsequente formação do trombo no local da ruptura.

Cateterismo cardíaco – evolução

Desde que Forssman, em 1929 (Nogueira *et al*, 1995 p. 101), realizou o primeiro procedimento de cateterismo cardíaco no ser humano, dissecando a própria veia do braço esquerdo e introduzindo um cateter até o átrio direito, observou-se uma crescente utilização da técnica, nas mais diversas situações clínicas. Além da já estabelecida utilidade do cateterismo diagnóstico, proporcionando uma avaliação precisa em várias patologias, e possibilitando a instituição da terapêutica adequada, o crescente advento de novas técnicas permite, hoje, o tratamento de diversas doenças cardíacas, no laboratório de hemodinâmica. A utilidade do cateterismo cardíaco, diagnóstico e terapêutico, no manejo de pacientes

agudos, está bem estabelecida na maioria das instituições de saúde que possuem esse laboratório.

Cateterismo terapêutico

Angioplastia coronária

Segundo Nogueira *et al*, (1995, p. 103), desde a introdução da angioplastia coronária, em 1977, por Andreas Gruntzig, ela tem sido utilizada cada vez mais e com melhores resultados, graças ao aparecimento de novos materiais, novas técnicas e à maior experiência dos hemodinamicistas. O procedimento consiste na passagem de um balão miniaturizado e disinsuflado, na luz da artéria coronária que, uma vez posicionado na porção média da lesão, é insuflado com contraste radiográfico. O objetivo é a expansão do diâmetro intraluminal da artéria e a ruptura da placa pela compressão da lesão aterosclerótica.

Endopróteses coronárias (stent)

Na área de cardiologia intervencionista os avanços tecnológicos são vertiginosos, no intuito de ampliar as possibilidades terapêuticas, nos pacientes com doença coronária. Esses novos métodos de revascularização não substituem a angioplastia coronariana por balão, e sim ampliam sua capacidade terapêutica. Sua utilidade vincula-se ao insucesso da angioplastia, por dificuldades técnicas ou por reoclusão aguda. Uma dessas novas técnicas é a endoprótese coronária ou *Stent*, que é um dispositivo de material forte, como o aço inoxidável, de forma tubular, que expande a placa de forma permanente. A aplicação de *stents*, quando comparada com a angioplastia tradicional em procedimentos eletivos, tem demonstrado melhores resultados imediatos e a médio prazo, (Nogueira *et al*, 1995, p. 105).

Dados de angioplastias coronárias

Nos Estados Unidos, cada ano, mais que 400 mil pacientes são tratados através de revascularizações percutâneas, angioplastias, dilatação por balão ou novas invenções

tecnológicas, agora excedendo o número de cirurgias de *bypass* de artérias coronárias (Braunwald, 1997).

No Brasil, 40mil angioplastias catalogadas até o ano de 1998, no Cenic (Central Nacional de Dados, da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista).

No laboratório de hemodinâmica do HSVP, já foram realizados cerca de 1500 angioplastias, nos 12 anos de realização dessa técnica, numa média de 350 exames diagnósticos mensais e 80 angioplastias coronárias/mês, com implante de *Stents*.

No Estado do Rio Grande do Sul existem dezesseis laboratórios de hemodinâmica, sendo que oito deles estão localizados na capital do Estado, Porto Alegre, e oito laboratórios localizados no interior do Estado. Nas cidades de Pelotas, dois laboratórios em Santa Maria, Passo Fundo, Lajeado e três em Caxias do Sul.

Tecnologias da hemodinâmica

Exames realizados no laboratório de hemodinâmica:

Cardiologia: Cateterismo cardíaco; Cateterismo direito; Débito cardíaco; Marcapasso Temporário; Angioplastia coronária ou ACTP; Stent; Biópsia endocárdica; Colocação de Balão Intra-aórtico; Valvuloplastias; *Rotablator®*.

Radiologia: neuroradiologia e radiologia periférica: Arteriografia aorta abdominal; Arteriografia de membros inferiores; Arteriografia de carótidas; Panangiografia; Arteriografia Mesentérica; e Arteriografia Renal.

1. O PROBLEMA

A demanda de pessoas da região norte (planalto médio do Rio Grande do Sul), que buscam cuidados especializados em cardiologia intervencionista, e a necessidade de um espaço organizacional de trabalho de enfermagem que ofereça uma assistência ética e humanística, é o problema focalizado neste estudo.

1.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

- Descrever a experiência na reestruturação de um laboratório de hemodinâmica, como um espaço organizacional/administrativo/assistencial do trabalho da enfermagem.
- Descrever a prática assistencial do cuidado humanístico, com a utilização de tecnologia de ponta.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com embasamento teórico na Teoria Transpessoal de Jean Watson, consistente e reconhecida cientificamente, pretendi desenvolver um trabalho prático junto a pacientes submetidos a angioplastia coronária.

Relato, a seguir, a vida da referida teórica, sua formação acadêmica e o desenvolvimento da teoria transpessoal.

No desafio de aliar a teoria à prática cotidiana do trabalho de enfermagem, a escolha da teoria, sua forma de aplicação e a identificação pessoal da enfermeira, determinam o sucesso ou o insucesso da utilização.

É elementar, a qualquer disciplina profissional, o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos que possa ser aplicado à sua prática. Tais conhecimentos são comumente expressos em termos de conceitos e teorias, especialmente na área das ciências sociais ou do comportamento. Dessa maneira a enfermagem como uma profissão nova e em evolução, está desenvolvendo um conjunto de conhecimentos em termos de conceitos e teorias que apoio à sua prática. (Torres, 1993, p. 13)

2.1. Jean Watson - como trabalhou seus conhecimentos e sua teoria

Segundo Talento (1993, p. 254), Jean Watson nasceu em 1940, nos EUA, recebendo o grau de Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Colorado (EUA) e, após, de Mestre e Doutora em Psicologia Educacional, pela mesma universidade. Praticou enfermagem em instituições privadas, foi consultora, docente e administradora educacional e, recentemente, diretora e professora da Escola de Enfermagem da Universidade do

Colorado. É autora de inúmeros artigos e de dois livros: *Nursing, The Philosophy and Science of Caring* (1979) e *Nursing: Human Science and Human Care* (1985/1988).

Watson (1996) *apud* Camponogara (1999), refere que seu estudo tem origem em suas próprias crenças e valores acerca da vida humana, da saúde e da cura, fruto de suas experiências e observações. Também sofreu influência da fenomenologia, da psicologia de Carl Rogers, do existencialismo, dos estudos de Peplau, Kierkegaard, Teilhard de Chardin, Sartre, dentre outros. Seus estudos foram enriquecidos por experiências clínicas na enfermagem, contato com os outros enfermeiros e com povos de diversas partes do mundo (Austrália, Nova Zelândia, Indonésia, China, Tailândia, Índia e Egito). Mais recentemente, as experiências foram expandidas para a Escandinávia, Inglaterra, Escócia, o Canadá, Portugal, Kuwait, Japão, a Coréia e o Brasil, dentre outros.

Explicita que a sua teoria está situada dentro de um paradigma diferente do dominante, que trata os seres humanos como objetos, separados de si próprios, da natureza, do universo. Reconhece que as dimensões pessoal, intuitiva, ética, empírica, estética e espiritual são a matriz da enfermagem, que tem como ideal o cuidado – a forma mais elevada de compromisso com o EU, com o outro, com a sociedade, com o meio-ambiente, com o universo. O ponto de partida do seu trabalho é: O que significa ser humano e atencioso, quando alguém decide trabalhar com as outras pessoas que precisam de cuidado? Esta questão servirá de guia na prática, na educação e na pesquisa em enfermagem, em busca de uma nova postura profissional para o século XXI.

Seu paradigma baseia-se em profundo respeito pela existência humana e por todas as coisas vivas, acreditando na interconexão de tudo: mente/corpo/espírito/natureza, e das pessoas e ambientes. Fundamenta-se também em valores não paternalistas, como a autonomia e liberdade de escolha, em busca da pessoalidade e dignidade humanas. Grande valor é atribuído à subjetividade evidenciada na relação **enfermeiro-cliente**, ambos co-participantes do processo, da experiência consciente e intencional, que vai além do vivido e transcende o real. Assim, obtém-se auto conhecimento, autocontrole e potencial de auto cura. O paradigma do cuidado é baseado na transformação do EU a partir da vivência transpessoal.

Acredito que a teoria de Watson se aproxima de minhas idéias e indagações, acerca do significado e da sensibilidade da pessoa atendida em laboratório de hemodinâmica, em especial a pessoa admitida na unidade para submeter-se à angioplastia coronariana, de que percebê-la, quando e como se relacionar com ela.

A teoria utiliza conceitos que não são comumente usados em enfermagem, no sentido de sensibilizar o trabalho voltado ao cuidado humano holístico, com uma preocupação concreta com o espiritual, a consciência, a interação, a auto-estima, o auto-respeito e a auto cura. A teoria é um método filosófico de aplicação clínica, na qual utiliza conceitos existenciais de orientação fenomenológica e uma dimensão espiritual voltada às várias condições humanas. A combinação dos três permite ao enfermeiro compreender a condição humana, e desenvolver o cuidado – essência da enfermagem. (Zagonel 1996, p. 65).

De acordo com Watson, a cura de doenças é domínio da medicina. Ela declara que a atitude do cuidado, que sempre pertenceu à enfermagem, está sendo ameaçada pelas tarefas e exigências tecnológicas dos fatores curativos. Em seus trabalhos, pode-se encontrar referências aos humanistas existenciais, tais como Maslow, Rogers, Heidegger e Erikson, quanto ao conhecimento em enfermagem. De modo global, um sistema de valores humanistas dá apoio a sua teoria.

Watson propõe uma filosofia, ciência e arte da enfermagem, onde as idéias e ideais associados formam a teoria do cuidado humano; Watson propõe um trabalho de desenvolvimento mental-espiritual do EU e do OUTRO, bem como a descoberta da força interior e do autocontrole através do cuidado, tudo isso realizado pela interação inter-transpessoal. Essa transação de cuidado humano não vem sendo feita de forma articulada, nutrida ou reconhecida como fundamental, para o processo de cuidar profissional, porque, conforme Watson, a enfermagem focalizada e volta sua atuação muito mais à matéria e à forma. (Watson *apud* Zagonel, 1996) .

Sua proposta é uma combinação do humanístico com o científico, dizendo que assim se delinea a essência do cuidado, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento. Enfatiza que é imperioso que a enfermagem encontre equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática do comportamento humanístico.

Por sua vez a estrutura para a ciência do cuidado se fundamenta em dez fatores (Watson, 1985, p. 75)

1. a formação de um sistema de valores humanista-altruísta;
2. a instilação de fé-esperança;
3. cultivo da sensibilidade ao próprio *self* e ao das demais pessoas;
4. desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança;
5. a promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos;
6. uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão;
7. a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
8. a provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou neutralização mental, física, sociocultural e espiritual;
9. assistência com a gratificação das necessidades humanas;
10. a permissão de forças existenciais-fenomenológicas;

Destaco os fatores com os quais trabalhei na prática assistencial, cujas idéias compartilho, para discorrer com bases teóricas, e as percepções profissionais e pessoais.

São eles:

- desenvolvimento de uma relação de cuidado humano de ajuda e confiança;
- cultivo da sensibilidade ao próprio “*self*” e ao das demais pessoas;
- uso sistemático do método científico de solução de problema para a tomada de decisão;
- a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;

- assistência com a gratificação das necessidades humanas.

Alguns estudos, nessa área, já foram aplicados à prática profissional da enfermagem, junto às mais variadas situações de cuidado, como: Estudos de Martins (1988), que trabalhou o “Cuidado do Portador de Síndrome de Down e seu Significante”, utilizando três dos fatores de cuidado de Watson: sensibilidade, fé-esperança, ajuda-confiança. Ainda com Watson, Lacerda (1996) trabalhou o “Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Domiciliar”, dando ênfase especial ao encontro transpessoal, e Camponogara (1999), com enfoque educacional importante “Educar para cuidar – Uma proposta fundamentada na Teoria do Cuidado Transpessoal”, uma postura crítica, ética e humana, com revisão de valores e auto conhecimento.

Partindo da revisão dos trabalhos já existentes, com a abordagem de Jean Watson, a proposta vai se alicerçando e incrementando o referencial teórico.

Oportuno se faz que cada um dos fatores do cuidado seja detalhado de forma individual. Eis, a seguir o embasamento dessa afirmação.

2.1.1. Desenvolvimento de uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança

O desenvolvimento desse tipo de relação é fundamental para a assistência transpessoal. Numa relação de confiança, se promove e aceita a expressão de sentimentos negativos e positivos. Ela implica em coerência, empatia, afeto e comunicação eficaz, que estabeleça harmonia e cuidado. A coerência implica em ser real, honesto, genuíno e autêntico. A empatia é a capacidade de experimentar e, para tanto, compreender a percepção e os sentimentos da outra pessoa, assim como a capacidade de comunicar esta compreensão e afeto se demonstra conversando num tom de voz moderado e adequado a uma postura aberta e relaxada, e numa expressão facial coerente com a comunicação.

2.1.2. Cultivo da sensibilidade ao próprio “self” e ao das demais pessoas

Explora a necessidade de a enfermeira começar a sentir a emoção, quando ela se faz presente. É apenas através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que alguém pode, realmente, e de modo sensível, interagir com os outros.

A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, processual, objetivo e real. Mas, no seu mais alto nível, as suas respostas de cuidado e a presença da enfermeira, na relação, transcendem o mundo físico e material, fazendo contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.

Watson defende que as enfermeiras promovem a saúde e o funcionamento em nível melhor, apenas quando formarem relações pessoa-pessoa, em oposição às relações manipuladoras.

➔ O sensível/sensibilidade

É impossível se falar de cuidado sem falar de sensibilidade, do sensível que vem atrelado à ética, por ser “referência única de tudo que se pensa e se faz” (Santin, *apud* Caponi, Caponi & Leopardi, 1994).

Sensibilidade tem a ver com o “sentido da vida”, com a percepção que se tem da vida, das pessoas, ou seja, com o respeito às “coisas” de si e dos outros, com o reconhecimento da importância dos “seus”, e a percepção de suas necessidades, aspirações, aptidões, desejos, sonhos, medos, limitações...

É o resgate do sujeito, da subjetividade ... na produção do conhecimento humano:
Santin, 1994 p. 87.

O homem ocidental deixou-se conduzir docilmente pelos artificios seguros, ainda que ilusórios, da racionalidade. Hoje, parece que o homem da racionalidade científica e tecnológica, cansado do raciocínio lógico, da verdade científica e do agir instrumental, começa a rebelar-se denunciando os cantos e encantos das sereias racionais. Emanuel Carneiro Leão diz que o homem ocidental, qual filho pródigo, volta à casa paterna depois de ter dilapidado os bens de sua herança nos desvarios da racionalidade.

Embora o homem tenha dificuldade, medo, dessa abordagem sensível, porque desnuda a alma humana, a espiritualidade, e coloca-o em uma situação de total transparência nas relações humanas e profissionais, esse é o momento dessa abordagem mais moderna do cotidiano, mais leve, livrando-o do mecanicismo da era tecnológica, pura e simplesmente.

Referir-se à sensibilidade é referir-se a uma dimensão humana ilimitada, que transcende a racionalidade, “além de vincular-se a outros elementos como a subjetividade, os valores existenciais, o mundo vivido ...” (Oliveira *apud* Santin, 1999, p. 96).

O resgate da sensibilidade não trata de um tema novo, mas apenas da retomada de algo que, de alguma maneira, fora esquecido, ou no mínimo, marginalizado, pelo progresso do conhecimento científico e pelas atitudes do homem racional (Santin, 1994, p. 95).

2.1.3. Uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisões

Uma vez que as enfermeiras se encontrem preocupadas com as tarefas de enfermagem, tratamentos, procedimentos, tabelas, elas comumente fracassam no focalizar as questões maiores de realização de pesquisas, definição da disciplina ou desenvolvimento de uma base científica para a enfermagem. Todavia, Watson, segundo Talento (1993), acredita que “sem o uso sistemático do método científico de solução de problemas, a prática eficaz é acidental, na melhor das hipóteses, é fortuita ou prejudicial na pior delas. O método científico de solução de problemas é o único que permite o controle e a precisão, o que leva à auto- correção.”

Com o método podemos monitorar, prever e conduzir o cuidado, dando a ele um enfoque científico. Mas deve-se considerar e valorizar, pela natureza criativa da enfermagem, que o método não pode ser neutro e objetivo, mas deve oferecer uma perspectiva onde o ser humano seja considerado de forma integral. Cada situação é uma situação nova, e requer uma adaptação criativa e única do conhecimento teórico adquirido e atualizado pelas experiências práticas vividas anteriormente.

O processo de enfermagem de Watson é constituído das etapas a seguir:

2.1.3.1. Processo de enfermagem segundo Watson

Para Griffith-Kenney e Christensen *apud* Martins (1998, p 37), “o processo de enfermagem representa um modo sistemático pelo qual a enfermeira demonstra a pertinência e a responsabilidade de suas ações junto ao cliente.”

A operacionalização dos conceitos e crenças preconizados por Watson e compartilhados por mim na prática da enfermagem, abordados neste estudo, são efetivamente aplicados com “utilização sistemática de um método de resolução de problemas para a tomada de decisões”.

A utilização do processo de enfermagem inclui o planejamento científico da solução de problemas, na assistência de enfermagem, contribuindo, e me parece ser este o fator diferencial, para dissipar a imagem de “ajudante dos médicos” na assistência aos pacientes. E reforço ser o processo de enfermagem similar a investigação científica, enquanto é sistemático e organizado (Watson *apud* Marriner-Toney, 1997).

Considero ainda importante salientar o que Watson refere (George, 1993), quando diz que as enfermeiras achariam satisfação a partir da organização estabelecida, através do uso do processo científico.

Para ela tal processo compreende as seguintes etapas (Talento, p261, 1993).

Avaliação

A avaliação envolve observação e uso de conhecimento literário apropriado.

Inclui conhecimento conceitual para a formulação e conceitualização de uma estrutura, na qual encara e verifica o problema.

Também inclui a formulação de hipóteses sobre as relações e os fatores que influenciam o problema, bem como inclui a definição de variáveis que serão examinadas na sua solução.

Plano

Ajuda a determinar a maneira como as variáveis serão examinadas ou mensuradas.

Abrange uma abordagem conceitual ou plano para solucionar problemas, plano esse que tem como referencial o plano de cuidado de enfermagem.

O importante, nessa etapa do processo, é operacionalizar, após ter feito adequada avaliação e contemplação de todos os fatores de cuidado preconizados por Watson. Subentende-se serem etapas dinâmicas, que ocorrem simultaneamente, no trabalho pessoa/cliente e pessoa/enfermeiro de forma transpessoal, envolvendo todas as angústias e necessidades de cuidado.

O plano também compreende a determinação dos dados que serão coletados, bem como de que pessoa e de que maneira serão coletados.

Intervenção

É a ação direta e a implementação do plano incluindo a coleta de dados.

Ressalta, de forma incisiva, que a dinâmica entre as etapas do processo é imperativa, pois permite que haja completa abertura e espontaneidade das pessoas envolvidas, em total interação e efetividade. A interação acontece de forma transpessoal entre as pessoas envolvidas, com suas transparências, ou seja, o enfermeiro, enquanto suporte e amparo para a outra pessoa, e vice-versa.

Avaliação

A avaliação é o método e o processo para análise dos dados, bem como o exame dos efeitos da intervenção, com base nesses dados.

Contempla a interpretação dos resultados e o grau em que ocorreu um resultado positivo e se esses resultados podem ser generalizados para além da situação.

2.1.4. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal

É a forma de proporcionar às pessoas o máximo de controle sobre sua saúde, já que lhes oferece informação e alternativas. A enfermeira em cuidado focaliza o processo de aprendizagem e o processo de ensino, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor

caminho de individualização da informação a ser conhecida pelas pessoas. A compreensão das percepções que a pessoa tem da situação ajuda a enfermeira a preparar um plano cognitivo, que trabalha a parte interior da estrutura individual, e alivia o estresse do acontecimento, por uma atitude de sensibilidade, ajuda e confiança.

O método de Jean Watson é valioso e criativo na resolução de problemas, exigindo uma interação ativa do enfermeiro e da pessoa/cliente, através de um processo ensino-aprendizagem. O processo de cuidado humano é infinito e em expansão contínua.

Este fator de cuidado preconizado por Watson permite trabalhar com a pessoa todo o cuidado pós-procedimento, e todas as angústias para o tratamento posterior, na preocupação de manter a condição da vida, segundo suas convicções culturais e pessoais, e sem perder de vista os cuidados terapêuticos necessários em relação a dietas, exercícios, trabalho, etc.

Isso é facilitado mediante técnicas de ensino-aprendizagem, permitindo que o indivíduo cuide de si mesmo e determine suas próprias necessidades, além de provar seu crescimento individual.

2.1.5. Assistência com a satisfação das necessidades humanas

As necessidades humanas, para Watson fundamentam-se numa hierarquia de necessidades, semelhante de Maslow.

Necessidades de ordem inferior (Necessidades Biofísicas):

A necessidade de alimento e líquido

A necessidade de eliminação

Necessidades de Sobrevivência

A necessidade de ventilação

Necessidades de ordem inferior (necessidades psicofísicas):

A necessidade de atividade-inatividade

Necessidades funcionais

A necessidade de sexualidade

Necessidades de ordem superior (necessidades psicossociais):

A necessidade de realização

Necessidades Integradoras

A necessidade de associação

Necessidade de ordem superior (necessidade intrapessoal-interpessoal)

A necessidade de auto-realização

Necessidade de busca de crescimento

É necessário identificar e antecipar as necessidades que podem ser importantes, em certos processos de saúde e doença dos seres humanos. Cada necessidade deve ser atendida dentro do conjunto das demais, e todas devem ser valorizadas.

O estabelecimento de necessidades hierárquicas não impede que se encare cada pessoa no contexto do todo. A satisfação apenas de necessidades mais baixas pode não ser de valia ao ser humano complexo que busca outra realização.

3. O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

3.1. Organização do serviço de enfermagem

Segundo Massarollo, (1991, p. 23), quando um grupo de pessoas contribui com seus esforços para o alcance de um objetivo, faz-se necessário um acordo sobre as atribuições de cada membro e a definição das relações de trabalho que devem existir.

O Serviço de Enfermagem (considerado como um grupo organizado com um grande número de pessoas) e as atividades são diversos e complexos. É evidente a necessidade da divisão e distribuição do trabalho entre os seus elementos, bem como o estabelecimento do padrão de relações. Os esforços são concentrados para o alcance dos objetivos propostos.

Ao pensar-se em estrutura, pensa-se na estrutura formal da organização, que é a estrutura planejada. Ela determina *quem faz o que e onde* nas organizações, bem como se evidencia as relações de autoridade e poder existentes entre os componentes organizacionais. É um dos meios de que se utilizam as organizações para atingirem eficientemente seus objetivos.

As organizações, além da estrutura formal, contam, também com uma estrutura informal. Essa refere-se aos aspectos da organização que não foram planejados formalmente, mas que emergem, espontânea e naturalmente, de interações e relacionamentos sociais entre as pessoas que ocupam posições na organização formal.

A estrutura informal, muitas vezes, surge pelo fato de a estrutura formal reagir lentamente às mudanças, aparecendo então relações não-estabelecidas, para enfrentar as

situações decorrentes das mudanças. Dessa maneira, a estrutura informal pode ser capaz de contornar os problemas que não estão sendo resolvidos a contento pela estrutura formal. No entanto, a estrutura informal pode agir, também, opondo-se aos objetivos organizacionais, quando esses forem considerados prejudiciais aos interesses do grupo. Nessa situação, os grupos podem diminuir o ritmo de trabalho ou deixar de fazer o que lhes for designado.

Quando se analisa a estrutura de uma organização, a estrutura informal também deve ser considerada, uma vez que ela está estreitamente ligada à estrutura formal, influenciando na dinâmica da instituição, na atuação de seus elementos integrantes e, conseqüentemente, no alcance dos objetivos propostos.

3.2. Cuidado de enfermagem – Conceitos

Os autores que norteiam a construção destes conceitos são: Watson – das referências de Watson, foram extraídas de Talento (1993), e referências de Bettinelli (1998), Paganini (1998), Boff (1999).

3.2.1 Pessoa/Ser Humano

A Pessoa é um ser dotado de possibilidades e habilidades complexas e infinitas, inserida no contexto micro - o eu - e macro - a interação social - e reflexo de ambos. Vive em contínuo conflito - indivíduo, família, trabalho, sociedade/biológico, social, cultural.

Para Watson, o ser humano é “uma pessoa valorizada em si ou de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada; em geral, uma visão filosófica de uma pessoa com *self* totalmente integrado e funcional. O homem é encarado como um todo maior do que a soma de suas partes e diferente dela”.

O ser humano se define pela sua interioridade, pela sua alma, pelos seus sentimentos, emoções, coração... é ele que faz a diferença. Ser humano é ter sensibilidade, ética, estética, solidariedade.

3.2.2. Saúde/doença

Segundo Talento (1993, p. 260), Watson diz que a saúde *se refere à unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. Está também associada ao grau de compatibilidade entre o self, tal como percebido, e o self, tal como vivenciado.*

O mesmo autor define a saúde individualmente, de acordo com seu estado subjetivo. Pelo conteúdo existencial da teoria, saúde tem a ver com o entendimento das vivências/experiências de cada um, como elas são utilizadas em prol do crescimento pessoal.

Segundo Bettinelli (1998), saúde é um processo dinâmico, multifatorial, interferindo na capacidade do ser humano, enquanto que a doença poderá comprometer a ação do indivíduo na sociedade. Sendo a saúde, também um processo de entendimento individual, de percepção própria, tal percepção é influenciada pela instabilidade do “ambiente”, social, cultural, físico.

Doença, segundo Bettinelli (1998, p. 38), *se apresenta quando o ser humano tem limitações/dificuldades/falta de condições para suprir as demandas necessárias a estar bem, a viver melhor, a sobreviver.*

No processo saúde-doença há que se levar em conta que o indivíduo estando em perfeitas condições de adaptação à sociedade e consigo mesmo, ou seja, em harmonia consigo, com os seus e com os outros está com saúde do contrário, na ausência desta “adaptação”, estaria este indivíduo doente. Porém, neste processo não podemos esquecer que esta pessoa tem direitos e deveres, estando ela ou não em condições da procura de cuidado para si. Pois em primeiro lugar o indivíduo saudável é aquele indivíduo que tem amor a si e aos outros, sensibilidade e respeito por suas coisas e as do seu ambiente.

3.2.3. Enfermagem

Para Watson (1996) *apud* Camponogara (1999) considera que na enfermagem as transações profissionais pessoais, científicas, estéticas e éticas do cuidado humano acabam por mediar esta ciência humana de saúde e doença.

A enfermagem, nesse contexto, conforme Talento (1993, p. 261) para Watson,

possui suas raízes nas ciências humanas e nas ciências sociais. A meta da enfermagem, através do processo de cuidado, é auxiliar as pessoas a obter um alto grau de harmonia em seu self, para que possam promover o auto conhecimento, auto cura, ou obter insight do significado dos acontecimentos que são partes da vida.

E continua:

a enfermagem preocupa-se com a promoção da saúde, com a prevenção da doença, com o cuidado aos doentes e com a restauração da saúde. Watson encara a enfermagem como tendo que movimentar-se de modo pedagógico nas duas áreas, do estresse e dos conflitos do desenvolvimento, propiciando, assim, o cuidado holista da saúde que ela acredita ser fundamental à prática da enfermagem.

3.2.4. Ser enfermeiro

Consiste em ser conhecedor de técnicas, conhecimentos e habilidades especializadas na prática da enfermagem. O enfermeiro é norteado por suas potencialidades e sensibilidades próprias, fruto de suas crenças, valores e cultura, adquiridos no decorrer de sua vida.

Representa o sustentáculo do trabalho multiprofissional, dentro de contexto dinâmico e exigente, porém sem o devido reconhecimento... ser humano cuidador e o ser cuidado como aquele ser que possui a capacidade de se relacionar com o outro para o alcance do equilíbrio e satisfação mútuos. É capaz de transformar, de criar e se utilizar de alternativas, de forças e se sentimentos ocultos diante das várias situações que a vida exige (Paganini, 1998, p. 94)

3.2.5. Cuidado humano

Gostaria de iniciar a conceituação de cuidado com uma colocação muito simples, porém profunda e verdadeira de Leonardo Boff (1999, p. 33) sobre cuidado:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Diz ainda, que cuidado é estendido a tudo o que existe e vive no planeta, uma planta, um animal, um criança, um idoso, o planeta terra. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade e constitui-se na essência do ser humano.

Esta é uma reflexão genérica do que é cuidado, mas nos reporta a pensarmos de uma forma mais complexa na importância do cuidado. O início das reflexões e conceituações de cuidado são da teórica que dá embasamento a este estudo da proposta de cuidado, após, algumas colocações pessoais e de outros autores.

⇒ Cuidado de Enfermagem, segundo Jean Watson

Watson propôs sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e dez fatores básicos de cuidado, que formam a estrutura da sua teoria. Os pressupostos básicos segundo Watson (1985, p. 51) são:

- o cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado apenas de modo interpessoal;
- o cuidado consiste em fatores que resultam na satisfação de certas necessidades humanas;
- o cuidado eficiente promove saúde e crescimento, individual e familiar;
- as respostas do cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser;
- um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto, no tempo
- o cuidado é mais *healthogenic* (cuidativo) do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano, para gerar e promover a saúde, e para propiciar auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, conseqüentemente, um complemento à ciência da cura;

- a prática do cuidado é fundamental à enfermagem.

Watson (1988) *apud* Zagonel (1996, p. 77) refere que o cuidado humano transpessoal dá significado à existência, e é um ideal moral, onde o enfermeiro se preocupa com a dignidade humana e preservação da humanidade.

E prosseguindo, para atingir este nível de cuidado transpessoal, Watson idealizou os 10 fatores de cuidado dos quais cada um enfoca um aspecto, mas são todos complementares. Os fatores são utilizados, ou na sua totalidade, ou em partes, de acordo com a situação, e chegam a alterar sentimentos, pensamentos, comportamentos, no processo de cuidado.

O cuidado passa pelos conceitos da ética, da estética, da espiritualidade, da sensibilidade, do respeito e da dignidade da pessoa humana.

Existem relações de cuidado desde o momento da concepção do indivíduo, passando pela família, dentro dela, depois na escola, nos círculos sociais, faço uma ressalva aqui para falar das relações de amizade, onde há um cuidado muito especial, profundo, sem laços de sangue para com o amigo. Quando essa relação de amizade é mais afetuosa e surge o namoro, o cuidado então é muito maior para com outrem. Passamos pelas relações de cuidado no trabalho, nos círculos sociais e eles existem até no momento da morte.

Precisamos entender o conceito de cuidado em várias dimensões, como anteriormente colocava numa posição pessoa, devemos levá-la para as demais dimensões da vida social e também no aspecto da humanidade, do planeta do “mundo-maior”. E nada melhor do que, para entendermos esse conceito amplo do cuidado-do-mundo, começando pelo auto-cuidado, o gostar-se e cuidar de si. Após estendendo o cuidado ao ente mais próximo e assim progressivamente e passamos a entender o cuidado nas várias dimensões da vida.

O cuidado, na abordagem da assistência de enfermagem, não é diferente. Segundo Erdmann, (1996, p. 121):

O sistema organizacional de cuidados mostra momentos de passagem de vidas humanas em movimentos – ondulações, tendo os deslocamentos, os impulsos, as animações, os dinamismos próprios, os altos e baixos ou subidas e descidas, as sinuosidades ou flexuosidades ou tortuosidades como possíveis propriedades da vida deste sistema, que permite o calor de seus movimentos, a dinâmica de seu trabalho, a realização da existência da vida humana, dos movimentos – ondulações do ser-acontecer de movimentos singulares. A organização do sistema de cuidados é contingencial por ser variada na sua disposição relacional e por operar em condições variadas.

3.2.6. Ambiente

O homem nasce no seio do primeiro grupo social do qual participa, que é a família. Aí são moldados os valores que irão permear sua convivência dentro dos demais grupos do qual fará parte - escola, amigos, grupos religiosos, grupo profissional - que, por sua vez, influenciarão sua vida em sociedade, enquanto pessoa.

A percepção das pessoas a determinadas situações da convivência social é influenciada pela bagagem de valores e pela diversidade das pressões sociais.

O conceito de ambiente, para Watson, está muito associado aos valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se. É afetado pelo meio social, cultural e espiritual, e influencia a percepção da pessoa, podendo levá-la ao estresse doença. Diz a autora que é no âmbito da prática do cuidado que o enfermeiro pode ajudar as pessoas a enfrentar o ambiente.

As condições em que o paciente é atendido, principalmente na situação de extrema fragilização e sensibilidade, ao ver-se deitado em um leito hospitalar, remetem-no a uma situação peculiar. Cabe à enfermeira propiciar-lhe um ambiente seguro e confortável.

3.4. Tecnologias de cuidado

Na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson², encontra-se o amparo teórico inicial para um estudo aprofundado e uma mudança do paradigma assistencial, até então

² Segundo Marriner-Tomey (1997), George (1993), Camponogara (1999).

aplicado na assistência a pacientes acometidos de doença coronária e submetidos à angioplastia.

Watson encara o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade. Ainda assim, o cuidado, com o passar do tempo, recebeu menos ênfase do que outros aspectos da prática da enfermagem. Assim ela declara. (Talento, 1993 p. 255):

O papel do cuidado humano em enfermagem está ameaçado pela desenvolvida tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas das instituições, numa sociedade da era nuclear. Ao mesmo tempo tem ocorrido proliferação de técnica de cura e de tratamento radicais, comumente sem preocupação de custos.

É um desafio de caráter pessoal, ético, estético, esta proposta de cuidado humanizado, numa visão transcendental, a pacientes submetidos a tratamentos terapêuticos de alto custo e tecnologia avançada. Numa perspectiva inovadora e arrojada, propôs-se desenvolver tal prática, baseada em novos paradigmas assistenciais, no enfoque humanístico do cuidado e, com um caráter mais abrangente, na demonstração de reconhecimento e de sensibilidade pelas pessoas.

No mundo atual, a enfermagem parece estar respondendo às várias exigências do maquinário, com menos consideração às necessidades da pessoa que está presa à máquina. Na visão de Watson, a doença pode ser curada, mas permanece, uma vez que, sem cuidado, não se obtém a saúde. O cuidado é a essência da enfermagem e conota sensibilidade entre o enfermeiro e a pessoa. O enfermeiro é um co-participante. Watson defende que o cuidado pode ajudar a pessoa a ganhar controle, tornar-se conhecedora, promover mudanças de saúde.

No sistema humanista de valores de Watson, há uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha. Isso leva à ênfase sobre o autoconhecimento e o autocontrole, o que significa o cliente como pessoa encarregada do seu destino curativo.

Segundo Zagonel (1996, p. 78)

a teoria de Watson exige compromisso de ambos, cliente e enfermeiro. Não é uma teoria que serve a métodos de pesquisa tradicionais, sendo necessário preparo especial dos enfermeiros. Os serviços não estão aptos a implantar estes ideais propostos. Portanto, para transformação de idéias, ideais, pessoas e instituições, tornando-as mais humanizadas, a teoria de Watson é um campo fértil para um cuidado inovador, desenvolvendo a arte e a ciência da enfermagem, efetivamente.

E complementa, dizendo: “devido aos avanços médicos atuais, a sua teoria vem contribuir, rumando em direção ao seu fundamento, que é cuidativo. A sua teoria é um convite à enfermagem para realmente assumir o seu compromisso com o cuidado”.

Faz-se necessário rever o modelo biomédico de assistência de enfermagem que fragmenta e distancia a enfermagem do cuidado.

Este é o modelo atual de assistência prestada aos pacientes, no laboratório de hemodinâmica, biomédico e tecnicista. Todavia, através dessa prática, buscou-se rever o paradigma vigente, uma vez que as tendências atuais estão voltadas para o cuidado como processo interativo, no sentido de melhorar a condição humana. Nota-se uma clara evolução nesse sentido, pois o cuidado assume característica própria.

4.0 PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO

4.1. Histórico

No intuito de respaldar o relato da reestruturação do laboratório de hemodinâmica, faz-se necessária uma explanação do histórico, da estrutura e filosofia do HSVP, assim como de sua área de abrangência.

A totalidade dos dados do HSVP foram extraídos do Relatório Anual do hospital, editado anualmente. São dados referentes ao relatório de 1996, que continha os dados históricos e o relatório de 2000.

No dia 24 de junho de 1918, reuniram-se os confrades e zeladores da Sociedade São Vicente de Paulo, liderados pelo Pe. Rafael Iop, com o objetivo de fundar o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Essa sociedade caracterizava-se por ser uma associação civil, católica, com proposta de agasalhar doentes pobres, dando-lhes assistência médica, medicamentos, conforto material e espiritual, sem distinção de crença política e/ou religiosa.

O hospital veio prestar seus primeiros serviços, justamente no momento de maior necessidade, quando começou a terrível epidemia da “*Influenza Hespânica*”, em novembro de 1918.

Imbuído da filosofia de melhor atender e bem acolher os mais necessitados, o HSVP é uma entidade de fins filantrópicos, que desenvolve suas atividades de atendimento médico-hospitalar, sem finalidades lucrativas.

Por ser um hospital moderno, orgulha-se de poder oferecer, à população em geral, inúmeros recursos diagnósticos e terapêuticos. O HSVP é conhecido por prestar atendimento de alto padrão, por acompanhar os principais avanços científicos e tecnológicos conquistados na área da saúde, e por tratar-se de um hospital-escola.

O desempenho do HSVP transforma Passo Fundo em pólo de saúde, agindo sobre toda a região norte do Rio Grande do Sul (RS), oeste de Santa Catarina (SC) e sudeste do Paraná (PR).

O HSVP desempenha a função de hospital-escola, mediante as seguintes especificações: convênio com a Universidade de Passo Fundo, para funcionamento da Faculdade de Medicina, dos cursos de Enfermagem, de Psicologia, e do curso de Auxiliares de Enfermagem; desenvolvimento de Programas de Residência Médica, nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Cardiologia, Traumatologia/Ortopedia, Neurologia/Neurocirurgia, e Cirurgia Vascular/Angiologia, todos reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação; convênio de Mestrado em Clínica Médica, com a UFRGS; Mestrado em Engenharia Biomédica, com o Centro Federal de Ensino Tecnológico (CEFET) do PR; Mestrado em Assistência de Enfermagem, com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), juntamente com a Universidade de Passo Fundo (UPF). Além disso, mantém o funcionamento da Escola de Educação Profissional São Vicente, que é uma escola de técnicos de enfermagem do próprio hospital, e promove a publicação de uma Revista Médica, indexada, com artigos científicos e de circulação nacional

Hoje, num período de transição, a exigência do mercado de trabalho é cada vez maior. É interesse de toda e qualquer empresa, que deseja sobreviver neste século, investir no seu corpo de colaboradores. O HSVP, como instituição voltada para o progresso das ciências da saúde está implementando um programa orientado para a educação permanente de seus trabalhadores de enfermagem.

4.1.1. Missão do HSVP

Restabelecer a saúde das pessoas contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população, através da prestação de serviços de excelência. (Balanço Geral HSVP, 1996).

A Sociedade Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, fundada em 24 de junho de 1918, pela Sociedade São Vicente de Paulo, de Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul, é uma instituição humanitária, filantrópica, com a finalidade de oferecer atendimento médico-hospitalar. É uma sociedade civil, sem intuito de lucro, e de duração indeterminada. É mantida pelos auxílios e subvenções dos governos federal, estadual e municipal, pelos donativos de entidades assistenciais ou de particulares, e pelas rendas próprias.

A instituição hospitalar São Vicente de Paulo conta hoje com 511 leitos, distribuídos numa área de aproximadamente 33.000 m². O seu corpo funcional é composto por 1.703 funcionários. A equipe de enfermagem, por sua vez, compõe-se de 84 enfermeiros e 700 técnicos e auxiliares de enfermagem. O corpo clínico é aberto e congrega 380 médicos.

O HSVP é um hospital de referência regional no sul do país, atendendo 2,5 milhões de habitantes, em sua área de abrangência. Recebeu, no ano de 2000, pacientes oriundos de 435 municípios; proporcionou 33.071 consultas ambulatoriais e 27.010 atendimentos de urgência e emergência; realizou 14.044 cirurgias em pacientes internados e 9.516 em pacientes ambulatoriais. A taxa de ocupação dos leitos é de 92,36 %, com permanência média de 6,81 dias (Fonte: Relatório Anual 2000 – HSVP – PF).

4.1.2. Programa de Qualidade Total

O HSVP, por entender seu papel social, e sabendo de sua privilegiada posição empresarial na cidade de Passo Fundo, buscou e busca constante aprimoramento de seus serviços. Encontrou, portanto, neste final de milênio, no Programa de Qualidade Total, os instrumentos fundamentais para a busca e conquista da excelência.

Com esse propósito, em novembro de 1993, foi realizado o pré-lançamento, e, em 26/04/96, o lançamento oficial do Programa de Qualidade Total, no Hospital São Vicente de Paulo.

A melhoria na qualidade de atendimento, e a busca da satisfação plena do cliente interno e externo são os princípios básicos da Qualidade Total. A aquisição de conhecimentos sobre esta filosofia, que tem por meta a excelência na prestação de serviços, foi a forma encontrada pelo Hospital São Vicente, para dar início a esta caminhada.

A priori, em julho e agosto de 1995, foi realizado um curso de Qualidade Total, de 48 horas, para gerentes, incluindo direção, chefias e médicos. Em novembro do mesmo ano, criou-se o Comitê Executivo e o Escritório de Qualidade.

Em março de 1996, promove-se a sensibilização de todos os funcionários, com o concurso do slogan e do logotipo da Qualidade, e com a promoção paralela de uma gincana com distribuição de prêmios aos vencedores, na qual houve intensa motivação e espírito de união.

Em novembro de 1996, foi realizado o Curso 5 S's, com a posterior constituição do Comitê. Este programa tem por objetivo melhorar o ambiente de trabalho, ampliar a imagem da empresa, aproveitar melhor os recursos disponíveis e eliminar desperdícios. O Comitê 5 S's avalia, periodicamente, os diversos setores da empresa, com o objetivo de estimular os colaboradores a participarem da organização dos ambientes de trabalho, com coleguismo e cooperação.

Entre os projetos do Programa de Qualidade, realizaram-se inúmeros treinamentos internos, com a participação efetiva de todo o corpo funcional. Em 1997, o programa totalizou 20 horas e em 1998 alcançou um total de 12 horas de treinamento em serviço.

Hoje, os treinamentos na área de Enfermagem são realizados mensalmente e individualizados por setores. Seus assuntos são escolhidos /sugeridos pelos próprios colaboradores, e desenvolvidos pelos gerentes e convidados de áreas afins. De acordo com necessidades setoriais, elabora-se um cronograma prévio com os temas, o qual pode ser alterado conforme as necessidades de cada grupo.

Partindo deste trabalho, observamos uma tendência na melhoria do cuidado prestado, pois há a aplicação de temas inerentes a cada área, conforme as necessidades específicas.

4.1.3. Enfermagem no Hospital São Vicente de Paulo

Histórico

Quando da fundação do hospital, o mesmo caracterizava-se por ser uma associação civil, católica, com o propósito de agasalhar doentes pobres, dando-lhes assistência, medicamentos, conforto material e espiritual.

Inicialmente, os doentes foram cuidados por diversos atendentes, tendo à frente a Sra Angelina Flores e o Sr. Antônio Flores. Os medicamentos eram administrados pelo farmacêutico prático Antônio Manoel Caminha, e posteriormente pelo médico Nicolau Vergueiro, auxiliado pelos colegas Carlos Mayer e Ivo Barbedo.

Em 1959, iniciaram os estudos para a instalação da Escola de Auxiliares de Enfermagem São Vicente, a qual submeteu-se à verificação da enfermeira professora Maria Helena Nery, de Porto Alegre, nomeada pelo Ministério da Educação. Conforme dados obtidos na documentação da própria escola, sua inauguração data de 12/03/60.

É importante ressaltar que a fundação da Escola foi uma iniciativa da Mitra Diocesana de Passo Fundo, através da pessoa do bispo D. Cláudio Colling.

De acordo com dados de 1963, formou-se nesse ano a primeira turma de Auxiliares de Enfermagem, com 36 alunas, na maioria religiosas. Desde a sua fundação até 1997, a escola formou aproximadamente 1800 profissionais.

4.1.4 Histórico do Grupo de Enfermeiros do HSVP (GEHSVP)

O GEHSVP é uma sociedade civil, com personalidade jurídica própria, sem fins lucrativos, fundada em 04/07/87, com sede nas dependências do HSVP e com prazo de duração indeterminado. É formado, constituído e promovido por enfermeiros da instituição

Possui estatuto social, o qual determina as finalidades essenciais, direitos e deveres dos sócios e poderes do grupo. São sócios todos os enfermeiros integrantes do quadro funcional do HSVP e aqueles que vierem a fazer parte do mesmo, em caráter obrigatório.

Os recursos financeiros do grupo provêm da contribuição mensal de seus integrantes, que destinam 0.5% do salário base para este fim. Os recursos são utilizados para a organização de eventos para aperfeiçoamento e, também, confraternizações.

A estrutura organizacional do grupo é a seguinte:

- Diretoria Executiva, composta por presidente, vice-presidente e tesoureiro
- Conselho Fiscal
- Comissão Científica.

Anualmente é realizada uma Assembléia Geral para eleger, através do voto, a nova Diretoria Executiva. Paralelamente, é empossado o Conselho Fiscal, composto por representantes voluntários do grupo.

A Comissão Científica possui regimento próprio e é composta por, no mínimo, dez representantes do grupo, que se colocam à disposição para o cargo. A equipe é coordenada por um presidente e um secretário.

Hoje, observa-se que o GEHSVP vem se solidificando dentro da instituição.

O grupo apresenta-se em ascensão científica, visto que a maioria dos integrantes já possui pós-graduação ou então está cursando. Também é importante frisar a promoção de eventos, como o Fórum Nacional de Enfermagem. Neste aspecto, o grupo se mostra cada vez mais capaz de colaborar para o desenvolvimento científico da Enfermagem

Para o próximo ano, o GEHSVP almeja resgatar os valores que motivem o trabalho em equipe, para fortalecer a autonomia profissional em prol da prestação do cuidado com excelência.

Ressalto a importância dos dados acima explanados contextualizando o laboratório de hemodinâmica na gigantesca estrutura que é hoje o HSVP. Estrutura física, organizacional, administrativa e de recursos humanos. Daí adveio a necessidade de reestruturação deste laboratório.

4.2 Contextualizando a hemodinâmica –

Com este relato pretende-se mostrar o contexto da hemodinâmica do Hospital São Vicente de Paulo, acentuando-se a história da evolução da participação da enfermagem, e descrevendo a concepção, criação e estrutura de funcionamento deste laboratório

4.2.1. O antes - e o início do sonho

O laboratório de hemodinâmica, ou “Cine”, como era chamado, iniciou suas atividades em 1979, com a realização de exames de Radiologia Intervencionista. O equipamento, para estes exames, da marca *Siemens* e tecnologia alemã, era extremamente sofisticado para a época, e exigia dos médicos e funcionários (técnicos de enfermagem e de RX) extrema atenção na manipulação. Os médicos foram treinados em São Paulo, através de cursos de aperfeiçoamento técnico-científico que possibilitou a adoção das primeiras técnicas de organização da sala, dos primeiros modelos de campos e vestimentas, e dos cuidados com materiais, conhecimentos esses que foram repassados aos técnicos que iriam viabilizar o novo serviço no HSVP.³

Rigidez, aspereza, insegurança e disciplina extremada da equipe foram as marcas dessa difícil fase inicial da hemodinâmica. A montagem do novo laboratório era exclusivo privilégio do serviço de radiologia do HSVP, não envolvendo diretamente a chefia de enfermagem desse hospital. O critério exigido pelos médicos, na seleção do pessoal auxiliar era seriedade, responsabilidade e honestidade, além de habilidades em técnicas de instrumentação em centro cirúrgico. Assim foi selecionada a primeira técnica de enfermagem para fundar o novo setor. Ela foi treinada exclusivamente pelo médico que iniciou as atividades do serviço. Quando isso ocorreu, criou-se um ritual disciplinado,

³ Hospital Universitário São Vicente de Paulo, local onde foi realizada a prática assistencial.

rigoroso, no preparo e na execução do procedimento, e o clima era de expectativa e auto-superação.

Durante muito tempo, a referida técnica exerceu sozinha todas as atividades do setor, atendendo o paciente antes, durante e após o procedimento. Era de sua responsabilidade prover medicamentos e materiais necessários, esterilização, limpeza da sala e manipulação de todos os equipamentos do setor, o que exigia dela uma jornada exaustiva de trabalho. Sendo a única funcionária, houve necessidade de que assumisse ambos os turnos de trabalho bem como a função de sobreaviso noturno, dos feriados e finais de semana, auxiliada por um técnico de RX apenas durante os exames.

Permito-me uma pausa neste relato, para descrever a emoção que foi iniciar esta “investigação” das origens da hemodinâmica, quando, em uma tarde de domingo ensolarado de clima muito agradável, fui à procura da pessoa que teria grande parte das informações sobre a enfermagem do setor. Foi como se recriasse esse período, mesmo sem tê-lo vivido. E atribuo isso ao conhecimento de todos os atores envolvidos no contexto. Talvez não consiga descrever todos os detalhes e enfoques, mas acredito que, muito proximamente, no intuito de não perder a fidedignidade do vivido e construído, consiga detalhar alguns dos momentos significativos da história desse laboratório, e da vida das pessoas que ali marcaram presença. A minha comoção se deveu, acredito, a emoção e dedicação da pessoa que iniciou a história da enfermagem na hemodinâmica, uma técnica de enfermagem que até hoje está conosco nas atividades do laboratório.

Um misto de sentimentos e surpresas aflorou dessa conversa inicial, cujo propósito era o desenvolvimento deste trabalho. Vieram à tona o orgulho desta profissional, por ter sido selecionada para fundar esse novo espaço no hospital; as responsabilidades assumidas; a dedicação ao trabalho, mesmo sem as condições ideais de segurança, materiais, profissionais e técnicas; e a necessidade de assumir funções e atividades que estavam muito longe de serem tarefas da enfermagem. Constatei também que, vinte anos depois, certas tarefas ainda pertenciam a essa categoria, como, por exemplo, a revelação dos filmes dos exames. A história do laboratório de hemodinâmica teve seus momentos de glória, mas também de desacertos, que atribuo às precárias condições técnicas e de segurança, durante

o período de implantação e até algum tempo depois. São cicatrizes que não se apagarão da memória e do corpo de quem carrega as marcas da doença ocupacional.

Em agosto de 1980, iniciaram-se as atividades de cardiologia em hemodinâmica, com a chegada do primeiro cardiologista clínico com especialidade nessa área. Tais atividades que logo superariam em volume de exames e de profissionais envolvidos, a radiologia. Em seguida, com a chegada de mais um médico hemodinamicista, houve um aumento vertiginoso no número de procedimentos em cardiologia.

Com os anos, foi aumentando o número de profissionais no laboratório, inclusive de médicos, para atender ao aumento da demanda de exames que, conseqüentemente, intensificou a complexidade dos procedimentos. Posteriormente foi designada uma enfermeira para supervisionar as atividades assistenciais e administrativas da hemodinâmica, juntamente com o serviço de radiologia geral, o que não alterou muito a atuação da enfermagem no laboratório. Com o passar do tempo, foi necessário também designar uma técnica de enfermagem para a administração do setor.

A primeira angioplastia coronária foi realizada em 24 de agosto de 1989, demarcando, definitivamente, o início de uma nova fase no laboratório de hemodinâmica. O fato fez surgir o sonho de uma nova área física e da obtenção de equipamento de tecnologia avançada.

No mês de maio de 1993, ou seja, mais ou menos 13 anos após o início das atividades do laboratório de hemodinâmica, foi contratada a primeira enfermeira para trabalhar exclusivamente no laboratório. A técnica de enfermagem que administrava o laboratório até então se afastaria dessa atividade. E o primeiro contato com a hemodinâmica foi a participação de uma Jornada de enfermagem em hemodinâmica, em Porto Alegre. Durante o período de graduação em enfermagem não ocorria nenhum tipo de contato dos acadêmicos com o laboratório, o que contribuiu muito para um clima, eu diria até, de pavor e extrema insegurança nesse desafio inicial. Essa também foi a primeira vez que os profissionais de enfermagem do laboratório foram incentivados a participar de eventos científicos.

Os primeiros meses foram conflitantes devido a minha pouca experiência profissional. Estava só há oito meses na instituição, tendo trabalhado somente no centro de terapia intensiva e supervisão noturna. A resistência da equipe médica e de enfermagem era muito grande em relação à chegada da enfermeira. A idéia era de que esse profissional vinha com o intuito de observar e policiar todas as atividades do laboratório. Também a inexperiência, tanto pela idade cronológica (21 anos no dia em que cheguei ao laboratório de hemodinâmica), como profissional contribuiu para o clima desfavorável ao início de qualquer atividade mais elaborada na assistência de enfermagem e nos cuidados efetivos ao paciente.

Atribuo em parte à limitação de conhecimento técnico do setor, de procedimentos, de profissionais, de materiais, serviços administrativos e clima organizacional, o insucesso inicial e passageiro.

A equipe de profissionais, que trabalhava na época da minha chegada ao setor, era composta por três auxiliares de enfermagem na parte da manhã, dois auxiliares à tarde, uma secretária em turno integral, um técnico de RX que não trabalhava exclusivamente no laboratório, e três profissionais médicos – hemodinamicistas – que trabalhavam com a cardiologia intervencionista, e dois profissionais médicos na área de radiologia.

Paulatinamente, muitas das dificuldades iniciais foram sendo vencidas e superadas, após vários momentos de insegurança e desejo de desistir. O laboratório continuou crescendo em número e complexidade de exames, e a necessidade de se criar um novo laboratório de hemodinâmica foi tomando proporções cada vez maiores. Mais profissionais de enfermagem de nível médio foram se agregando e acompanhando o crescimento do laboratório.

O espaço real da enfermeira, como gerente e administradora do cuidado foi-se consolidando, com a crescente participação na assistência aos pacientes, da equipe de enfermagem e médica, atividade respaldada pela administração do hospital e chefia de enfermagem.

Em 22 de outubro de 1996, foi implantada a primeira prótese intracoronária – *Stent* - momento muito importante nas atividades deste laboratório, que veio reforçar a idéia e a necessidade de crescimento e melhoria tecnológica. Foi também o momento da afirmação

da minha participação nos procedimentos de alta complexidade, que me instrumentalizaram de forma concreta a participar, efetivamente, das decisões técnicas, no que diz respeito á enfermagem e ao provimento de materiais para o setor.

Um novo equipamento foi adquirido para o laboratório de hemodinâmica. Começou-se a trabalhar com o projeto do local de implantação do novo laboratório. A participação da enfermagem, nessa etapa de implantação dos novos projetos do hospital, era muito tímida, e foi necessário astúcia e muita determinação, para que se efetivasse a presença da enfermeira em todas as reuniões de discussão do projeto.

Esse projeto foi bem mais ousado, e o que inicialmente seria a área da hemodinâmica foi tomando maiores proporções. Com isso, a idéia do centro cardiológico foi disseminada. Esse centro contemplaria a hemodinâmica, duas salas de cirurgia cardíaca e centro de terapia intensiva (CTI) cardiológico, reunindo, em um mesmo andar, os procedimentos de cardiologia intervencionista e a recuperação destes pacientes em um mesmo plano de atendimento. Um projeto ousado, que seria um dos maiores laboratórios do estado, contando com tecnologia de ponta. Como diz o chefe médico do setor: “Um fértil terreno para a pesquisa está preparado, e a geração de conhecimento se desenvolverá com todo o potencial que a nossa medicina exige.”

Uma equipe multiprofissional, de médicos, enfermeiros e arquiteto responsável pela obra foi a São Paulo, com o objetivo de realizar visitas técnicas a dois hospitais que têm arquitetura semelhante à que se pretendia desenvolver: o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e o Hospital do Coração.

A participação da enfermagem na concepção da nova hemodinâmica e do centro cardiológico estava efetivada. Conceitualmente, o novo projeto já era diferente daquele que implementou o primeiro laboratório. Acredito que isso se deveu, também, á evolução do trabalho da enfermagem com o decorrer dos anos, à formação e atuação, e ao crescimento do mercado de trabalho, tanto fora como dentro do hospital. A efetiva participação da enfermeira na hemodinâmica obteve a aceitação das equipes médica e de enfermagem, e o reconhecimento por parte da administração do hospital.

Terminada a discussão do projeto, as obras foram iniciadas. O próximo passo foi algo que considero um avanço e uma conquista dentro da história da enfermagem do HSVP. Aconteceu quando fui realizar um período de curso, em teoria e prática assistencial em eletrofisiologia e cardiologia intervencionista, na *Franz-Volhard-Klinik*, em Berlim, Alemanha. Foram três meses de estudos no conceituado Hospital Universitário *Charité*, da Faculdade de Medicina da *Humboldt* Universidade de Berlim.

A realização de um estágio de tal relevância foi uma oportunidade para aquisição de novos e atualizados conhecimentos técnicos e científicos, na área de radiologia, cardiologia intervencionista e eletrofisiologia. A experiência da equipe de profissionais, aliada à tecnologia alemã, enriqueceram tal oportunidade, no momento em que o HSVP estava investindo em área física e equipamento de ponta, visando ao novo século. Mas a relevância consistiu realmente no ganho para a enfermagem do HSVP, onde a cultura institucional restringia-se até então, em incentivar apenas o aprimoramento científico e técnico dos profissionais médicos. Esse foi o diferencial para a instituição, para a enfermagem e para a equipe médica, da mesma forma que veio, indubitavelmente, a refletir-se em elevada qualidade técnica de atendimento ao paciente.

Ao retornar de Berlim em abril de 1998, a área física estava concluída. Era preciso, então, equipar e instrumentalizar o setor de todos os materiais, móveis e equipamentos, necessários ao alcance dos objetivos iniciais do ousado projeto. Munidos de todas as informações que haviam sido levantadas até então, da experiência médica do médico idealizador deste projeto, da minha experiência acumulada em cinco anos de atividade junto à hemodinâmica, da equipe de enfermagem e multiprofissional, concluímos a instalação do empreendimento, fruto de um trabalho conjunto, e da união de esforços e objetivos. Foram utilizadas fotos trazidas da *Franz-Volhard-Klinik*, na confecção dos móveis, e levantadas opiniões e pareceres da equipe multiprofissional do Hospital, a fim de tornar esse novo espaço tecnicamente adequado às normas do Ministério da Saúde e ao conforto dos pacientes e dos profissionais.

Em 8 de julho de 1998, foi realizado o primeiro exame na nova hemodinâmica.

4.2.2 A nova Hemodinâmica - o sonho idealizado

Ao iniciar este relato, o faço com grande apreensão. Sinto um misto de emoções, como se uma nuvem pairasse sobre mim, deixando-me em estado de graça, por poder falar de forma tão irreverente sobre o cotidiano dessa unidade de trabalho, que é um pouco de mim, um filho recém-parido que necessita de ser acalentado, alimentado e protegido. E a apreensão advém exatamente dessa superproteção despendida.

A noção do clima da unidade, seja organizacional, físico ou das relações, é muito difícil de ser colocado em linguagem escrita, enquanto entremeado de sentimentos, emoções, e vivências. Descrever as sensações gostosas, prazerosas, da harmonia, das lutas, das vitórias, é de certa forma instigante e leve. Quando, do contrário, torna-se necessário descrever as agitações, brigas, injustiças, os incômodos, o mau-humor e as derrotas, o coração se encolhe e dificulta a comunicação.

Filosofia – MISSÃO - do laboratório de hemodinâmica

Atender pessoas com doença cardiovascular para realizar diagnóstico e tratamento com objetivo de restaurar e manter a saúde, num ambiente humanizado.

4.2.3. Espaço físico

Trata-se de uma unidade nova, em área física e equipamentos, que foi projetada, pensada, remoída. Uma idéia acalentada, durante anos, pelos profissionais do antigo laboratório de hemodinâmica, que existia há vinte anos e não mais atendia à demanda de trabalho e às necessidades dos profissionais e da instituição.

O centro cardiológico do HSVP está localizado no quarto andar do centro de diagnóstico (CD). É uma área de 600m², que comporta duas salas para cirurgia cardíaca, e todo o complexo de salas para funcionamento do centro cirúrgico cardiológico, a central de lavagem, acondicionamento e armazenagem do material das três unidades: o centro cirúrgico cardiológico, o laboratório de hemodinâmica e o novo CTI cardiológico.

A hemodinâmica é composta de uma ampla sala de exames, equipada de todo o material necessário para o imediato e eficaz tratamento das urgências cardiovasculares. O novo equipamento, montado através de fibras óticas, trabalha com todos os recursos de manipulação eletrônica da imagem e gravação de arquivos em *Compact Disc*. O diagnóstico de todas as doenças cardiovasculares é realizado com maior rapidez, com destaque para a cardiologia intervencionista, uma especialidade em ascensão.

Junto a essa estrutura funciona uma sala técnica, que contém os computadores centrais do sistema; uma sala de controle técnico, onde as imagens adquiridas durante os procedimentos são manipuladas; salas de apoio técnico e administrativo, inclusive consultório, facilitando o atendimento do paciente admitido na unidade; e uma sala de recuperação com sete leitos.



Figura 1 - Corredor principal

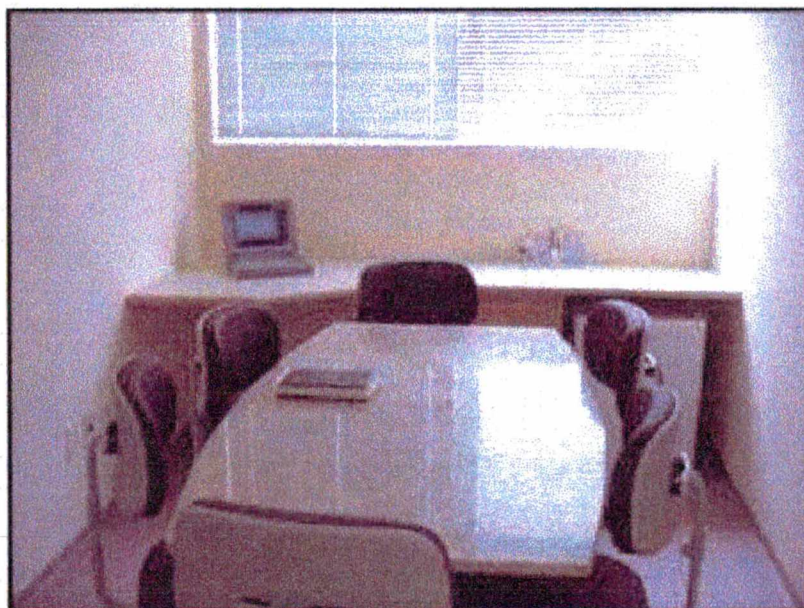


Figura 2 - Sala da enfermagem



Figura 3 - Sala de laudos



Figura 4 - Sala de materiais



Figura 5 - Detalhe do armário

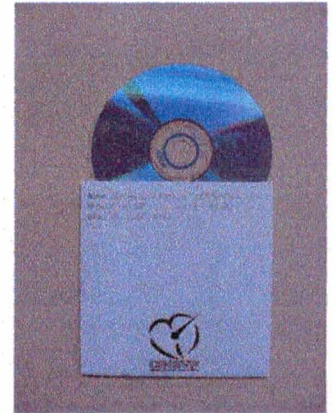
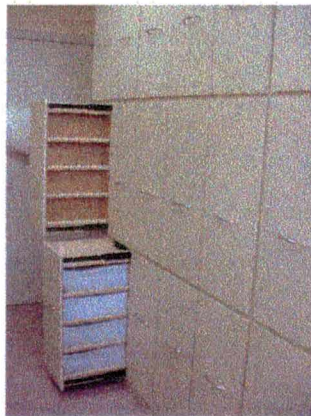


Figura 6 -

Armário de CDs

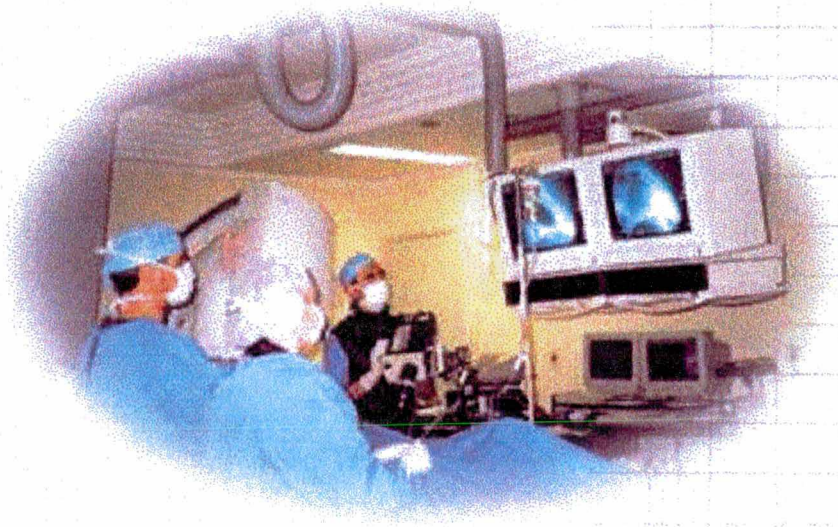


Figura 7 – Sala de exames

4.2.4. Pessoal

A unidade funciona 24 horas por dia, sendo a equipe assim estruturada:

- 4 médicos hemodinamicistas;
- 2 médicos radiologistas;
- 3 enfermeiras;
- 3 técnicas de enfermagem;
- 11 auxiliares de enfermagem;
- 2 secretárias;
- 2 auxiliares de sanificação;
- 2 Auxiliares de nutrição (copeiras);
- 1 Técnico de RX.

Esses profissionais revezam-se em quatro turnos de trabalho: manhã, tarde, noite A e noite B.

4.3. Processo educativo no setor de hemodinâmica

Na assistência de enfermagem; um dos pontos relevantes que fazem a diferença é a educação dos pacientes, dentro de uma unidade hospitalar. Hoje, já são décadas em que os meios de comunicação e a tecnologia à disposição bombardeiam a sociedade de informações as mais variadas, acerca dos cuidados com saúde, esportes, dietas, modismos. Os pacientes, contudo, continuam chegando a nossos hospitais, em serviços de resgate médico de urgência, e nossos laboratórios de hemodinâmica, carentes de informações e cuidados específicos.

É nessas situações que o enfermeiro faz a diferença. Nenhum outro profissional é capacitado, preparado e treinado para melhor atender essas demandas na assistência globalizada ao paciente.

O enfermeiro é um educador e essa é a premissa básica para um atendimento humanizado, globalizado, de modo que todas as necessidades dos pacientes sejam satisfeitas, quer sejam, físicas, psicológicas, sociais ou espirituais.

Para que a educação em saúde exista de forma efetiva, em nossos hospitais, a ferramenta básica, além de materiais, equipamentos, tecnologia moderna à disposição dos profissionais, é, indubitavelmente, a instrumentalização intelectual, psicológica, organizacional e de relações humanas da equipe que atua junto ao paciente. A equipe bem treinada e instrumentalizada atende, suprimindo o paciente em suas necessidades e preparando-o para o convívio, o mais próximo possível da normalidade, dentro das limitações impostas pela sua enfermidade.

A educação em saúde também será facilitada se o paciente for um “conhecido” da equipe de enfermagem. O envolver-se profissionalmente com o paciente e sua nova condição é fator essencial, na elaboração da assistência de enfermagem, dos cuidados efetivos prestados a ele, e da educação, das informações e “treinamento” desse paciente.

Outra faceta a considerar-se, na educação em saúde, é a família do paciente – que neste trabalho o paciente é encarado como paciente/família. Dentro das limitações da enfermidade do paciente, ou de seu grau de instrução, ele poderá necessitar do apoio incondicional da família, seja psicológico, social, ou mesmo de cuidados imediatos ao familiar enfermo. É tarefa, também, da equipe de enfermagem, bem instrumentalizada, atender a essa família e provê-la de todas as informações acerca de seu paciente e ainda treiná-la, para que o paciente, após o retorno ao convívio familiar, encontre ambiente favorável e confortável, tendo suas expectativas mínimas atendidas.

Faz-se necessário abordar também a educação do paciente como pertencente a um grupo. Os pacientes hipertensos, diabéticos, ostomizados, precisam de uma educação sistematizada que leve sempre em conta as necessidades individuais. Essa atividade é enriquecida pela troca de informações entre os indivíduos pertencentes a esses grupos.

A educação em saúde dá-se, na maioria das vezes, de maneira informal, nos momentos em que são prestados os cuidados de enfermagem. É a oportunidade real que o profissional da saúde tem para conhecer o paciente, informá-lo e inteirar-se com ele oferecendo-lhe o maior número de informações acerca de sua situação, diminuindo assim sua ansiedade e a angústia advindos da situação de enfermidade.

A educação em saúde é fator social importante, uma vez que o paciente bem informado de suas condições e limitações é um cidadão, por vezes, auto-suficiente. Conseqüentemente, retorna à sociedade em melhores condições, com capacidade social e de trabalho, buscando um menor número de vezes novas internações hospitalares.

É sabido, contudo, que a educação em saúde, na maioria das instituições hospitalares, ocorre ainda de forma muito discreta. São fornecidas informações elementares ao paciente sobre a sua condição. Isso se deve ao fato de os profissionais de enfermagem encontrarem-se, hoje, pouco envolvidos com suas atividades de cuidado.

Faz-se necessário o resgate de certos aspectos, como, a importância de educar e treinar o paciente, para que ele, ao retornar à família e ao convívio social, esteja habilitado a lidar com suas limitações, da forma menos traumática possível. Assim a assistência de enfermagem torna-se globalizada, humanizada, desenvolvendo-se de fato o CUIDADO.

Durante a realização da prática assistencial, utilizando os fatores de cuidado de Jean Watson, conforme segue, teve-se oportunidade de tornar realidade e resgatar a educação ao paciente da forma preconizada. A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, fator de cuidado de Watson, permitiu essa abordagem de forma concisa e tranqüila.

Os caminhos para o desenvolvimento de um processo educativo, na prática assistencial, tiveram como referencial o fator de cuidado de Jean Watson, ou seja, a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal.

O método de Jean Watson é valioso e criativo na resolução de problemas, exigindo uma interação ativa do enfermeiro e da pessoa/cliente, através do ensino-aprendizagem. O processo de cuidado humano é infinito e em expansão contínua.

O fator de cuidado preconizado por Watson permite trabalhar com a pessoa todo o cuidado pós-procedimento e todas as angústias do tratamento posterior, com a preocupação de manter as condições da vida, segundo suas convicções culturais e pessoais, e sem perder de vista os cuidados terapêuticos necessários em relação a dietas, exercícios, trabalho, etc.

Essa tarefa é facilitada mediante técnicas de ensino-aprendizagem, que permitem ao indivíduo cuidar de si mesmo, determinar suas próprias necessidades e provar seu crescimento individual.

O processo de educação ultrapassa as barreiras físicas do hospital. Seu raio de atuação é fortemente percebido, se o paciente tiver uma boa orientação na alta, principalmente em se tratando de pacientes coronariopatas.

A assistência ao paciente é uma prática contínua de educação. No momento em que ingressa no laboratório de hemodinâmica para submeter-se ao exame, inicia-se a prática educativa. São esclarecidos todos os procedimentos e também a patologia em si. São avaliados, principalmente quanto ao estado emocional, os pacientes coronariopatas, que apresentam ansiedade aumentada por estarem fragilizados em sua situação clínica e psicológica. O coração é um mito, e torna a pessoa muito vulnerável em seus sentimentos e percepções. Normalmente, é um período em que o paciente passa por uma análise de todo o seu modo e situação de vida até então, levado pelo “susto” de estar “doente do coração”. Na verdade, utilizar-se da vulnerabilidade do momento é oportuno às orientações e ao exercício da prática educativa.

Em se tratando da educação continuada, existe um planejamento anual dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem, que sofre modificações, conforme vão surgindo novas tecnologias a serem absorvidas pela equipe, uma vez que se trata de um setor, onde os avanços técnicos e terapêuticos demonstram grande velocidade. A equipe de enfermagem recebe treinamento médio anual de doze h/aula, sobre técnicas e comportamentos. Durante o ano, duas enfermeiras revezam-se para participar de pelo menos dois eventos, na área de hemodinâmica e cardiologia geral.

São realizadas atividades educativas com os graduandos do curso de enfermagem da Universidade de Passo Fundo, no intuito de levar aos alunos o conhecimento básico do que é hemodinâmica, e dos cuidados de enfermagem, no pré e pós-procedimento. Com o mesmo propósito, tais atividades buscam ainda instrumentalizá-los à adequada assistência de enfermagem, quando no atendimento dos pacientes em unidades de internação. É uma oportunidade de estágio extracurricular de 180, 60 ou 20 h, de acordo com o nível da graduação em que se encontram os acadêmicos.

A mesma atividade educativa é realizada com os alunos da Escola de Educação Profissional do hospital, agora de forma curricular, com 30 h/aula, também com o objetivo de instrumentalizá-los à adequada assistência de enfermagem, em unidades de internação e no próprio setor. Quanto aos estágios, há oportunidade de dois turnos de aprendizagem junto à hemodinâmica, também curricular.

Isso demonstra, notavelmente, um ganho da participação efetiva da enfermagem no contexto HSVP. Um ganho da oportunidade prática e conceitual, consolidando a divulgação e a relevância do laboratório de hemodinâmica.

São realizadas, ainda, jornadas anuais de Cardiologia Intervencionista no laboratório de hemodinâmica do HSVP. A 1ª Jornada de Cardiologia Intervencionista do HSVP foi realizada em 01 de outubro de 1999, cujo tema dos casos clínicos era o implante de *Stents* em paciente Multiarteriais (pacientes que possuem mais de uma artéria coronária comprometida), que sofreram intervenção por técnica transradial (punção da artéria radial). As atividades foram desenvolvidas dentro do laboratório de hemodinâmica e as imagens foram transmitidas para o público através de telões. A Jornada contou com a participação do médico hemodinamicista, Dr. Siguemituzo Ariê (hoje, *in memoriam*).

A 2ª Jornada de Cardiologia Intervencionista do HSVP foi realizada em 28 de abril de 2000, quando foram tratados casos de Cardiopatia Congênita. Esta jornada contou com a participação dos médicos hemodinamicistas de Ribeirão Preto, Dr. José Luiz Attab dos Santos e Dr. Elias Ayres Neto.

4.4. Modelos assistenciais

A assistência de enfermagem a esses pacientes ocorre de forma semi-estruturada, ou seja, segue o padrão preestabelecido das literaturas técnicas da área e, principalmente, a prescrição médica, uma vez que não existe consenso no atendimento médico dos diferentes profissionais do setor. Periodicamente, ocorre a avaliação e orientação da enfermeira, que atende nos turnos de funcionamento do setor. No momento está-se fazendo a descrição dos processos do setor e a estruturação do controle dos materiais e equipamentos, tarefas vinculadas às atividades administrativas da enfermeira.

4.4.1. A assistência de enfermagem em hemodinâmica

A literatura encontrada nos dias atuais referente à assistência de enfermagem em laboratório de hemodinâmica, ou a assistência de enfermagem a pacientes submetidos a angioplastia coronária é essencialmente técnica. Em recente demonstração na IV Jornada Brasileira de Enfermagem em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, em Curitiba, em julho de 1999, uma enfermeira e uma psicóloga apresentaram o trabalho “Implante de *Stent* Coronário – Pesquisa de alterações psicológicas”, que mostrou o início da preocupação dos profissionais de enfermagem com os aspectos psicológicos e sociais da doença coronária, e a necessidade de intervenção nos pacientes, sem tratar, ainda, da ação direta, ou da assistência de enfermagem prestada a essas pessoas, que não seja o tratamento apenas do conforto físico.

Brunner e Suddarth (1990) trazem como intervenção de enfermagem no cateterismo cardíaco, na angina de peito e no infarto agudo do miocárdio, não prevendo, especificamente, a assistência de enfermagem a pacientes submetidos a angioplastia coronária.

Ambos os autores prevêm que as responsabilidades da enfermagem antes do cateterismo são:

- preparar o paciente para o jejum, antes do procedimento;

- preparar o paciente para a duração esperada do procedimento; indicar que ele deve deitar-se sobre uma mesa dura por cerca de duas horas;
- preparar o paciente para experimentar certas sensações durante o cateterismo, para que saiba o que o espera a fim de ajudá-lo a aceitar melhor o procedimento;
- encorajar o paciente a expressar seus temores e ansiedades, fornecendo ensinamento e segurança para reduzir as preocupações.

As intervenções de enfermagem, no pós-cateterismo, segundo Brunner e Suddarth, são:

- observar os locais de punção ou incisão quanto ao surgimento de hematomas, e verificar os pulsos periféricos na extremidade afetada, a cada 15 minutos, por uma a duas horas, e depois a cada uma ou duas horas, até estabilizar;
- avaliar a temperatura e a cor da extremidade, a qualquer queixa do paciente, quanto à dor, dormência, sensação de formigamento na extremidade afetada, para determinar sinais de insuficiência arterial e informar imediatamente qualquer alteração;
- observar quanto à ocorrência de arritmias, verificando o monitor cardíaco, ou auscultando a frequência cardíaca apical, e avaliando o pulso quanto a alterações de ritmo;
- verificar se o paciente permanece em repouso no leito, com pouca movimentação da extremidade afetada, até a manhã seguinte;
- informar imediatamente qualquer queixa de desconforto torácico, que este pode ocorrer;
- dar medicamento analgésico receitado.

5. EXPERIÊNCIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL COMO UM CUIDADO HUMANÍSTICO TECNOLÓGICO

O laboratório de hemodinâmica do HSVP foi estruturado física e estruturalmente, no intuito de atender a demanda da região, da instituição e da equipe. O atendimento tornou-se eficiente e eficaz. O cliente é atendido de forma rápida e segura.

Embora a eficiência e eficácia do atendimento ao cliente fosse realidade, havia a necessidade de realizar um atendimento humanizado, aliado à elevada tecnologia e agilidade. Para isso propôs-se o desenvolvimento de um estudo, onde tentou-se implantar, junto aos pacientes que realizam angioplastia coronária, a proposta do cuidado humanístico/tecnológico, baseado na Teoria Transpessoal de Jean Watson.

O trabalho foi desenvolvido no laboratório de hemodinâmica do Hospital São Vicente de Paulo.

Durante a realização do Mestrado em Assistência de Enfermagem, foi realizado na disciplina de Prática Assistencial a experiência do cuidado transpessoal, baseado na Teoria de Jean Watson, como um cuidado humanístico tecnológico. A seguir descreve-se a metodologia do trabalho realizado e os resultados desta implementação teórico-prática.

Foram desenvolvidas atividades de sensibilização, com a apresentação do protocolo da prática assistencial, a todos os profissionais de enfermagem no setor de hemodinâmica, envolvendo todos os turnos de atendimento, abrangendo um total de 2 enfermeiras - 1 enfermeira (pesquisadora) 2 técnicas de enfermagem e 8 Auxiliares de Enfermagem .

O laboratório de hemodinâmica conta com uma equipe de 4 cardiologistas – com especialidade em hemodinâmica (hemodinamicistas); e 2 médicos radiologistas - com especialidade em radiologia intervencionista.

Foi realizado um trabalho de sensibilização junto à equipe de hemodinamicistas, uma vez que o trabalho foi desenvolvido com pacientes de cardiologia, de modo a conseguir o apoio e o respaldo para o desempenho da prática assistencial de enfermagem.

Não estava previsto, no projeto da prática assistencial, o envolvimento das duas secretárias do setor, percebi, ao iniciar a sensibilização junto à equipe de enfermagem que não havia envolvido duas pessoas importantes no trabalho do laboratório de hemodinâmica. São elas as primeiras pessoas que entram em contato com os pacientes e familiares que serão atendidos na hemodinâmica. Por essa razão reservei um momento para também realizar a sensibilização com elas.

5.1. Pacientes

A prática assistencial foi realizada com dois pacientes submetidos a angioplastia coronária com implante de *Stent*. Paciente Amazonas, do sexo masculino, caminhoneiro e agricultor aposentado, 69 anos de idade, natural e procedente de Antônio Prado - RS. Realizou cateterismo cardíaco diagnóstico no dia 10 de setembro de 1999 e em seguida realizada angioplastia coronária em coronária direita com implante de *Stent*.

Paciente Madeira, do sexo masculino, agente sanitário aposentado e agricultor, 51 anos de idade, natural e procedente de Linha São Paulo, interior de Chapada – RS. Realizou exame diagnóstico em 11 de setembro de 1999. Retornou para angioplastia em 16 de setembro de 1999. Realizado implante de *Stent* em artéria coronária descendente anterior.

5.2. Sistemática

Inicialmente realizou-se um trabalho de sensibilização geral, com exposição da sistemática, para a equipe médica e de enfermagem, a fim de informar as intenções da atividade e verificar a aceitação e colaboração de todos. Não foi possível a sensibilização

com os médicos, em um único momento. Optei, então, por uma conversa individual com cada um dos quatro hemodinamicistas. Obtive apoio de todos eles, inclusive todos deram suas opiniões e sugestões para a efetivação da proposta.

A metodologia de trabalho, na prática assistencial, consistiu na aplicação do processo de enfermagem centrado nos fatores de cuidado de Watson, anteriormente apresentados, junto a 2 pacientes portadores de cardiopatia isquêmica, que foram submetidos à angioplastia coronária com implante de endoprótese (*Stent*). Estes dois pacientes serão nomeados pelos codinomes AMAZONAS E MADEIRA⁴ Um dado interessante a ser salientado, neste momento, é que, usando uma linha teórica como a de Watson, que preconiza um cuidado transpessoal, tem-se uma liberdade maior para trabalhar os fatores do cuidado, ao mesmo tempo, de forma muito especial, uma aproximação da enfermeira, enquanto profissional e enquanto pessoa, com seu trabalho e, principalmente, com a pessoa/paciente.

Os pacientes foram acompanhados no período pré, trans e pós-operatório. Sendo que os dois pacientes chegaram no dia do atendimento no setor de hemodinâmica. No pós-operatório, os pacientes foram acompanhados até a hora da alta hospitalar, que aconteceu 2 dias após a internação. O acompanhamento se deu no setor de recuperação da unidade e, após, no leito da unidade de internação (posto 10 e posto 5).

Os dados que foram coletados durante a prática assistencial serão descritos a seguir como forma de avaliação da aplicação do cuidado transpessoal.

5.3. Da Proposta Teórica À Realidade Prática

Este capítulo tem como objetivo expor as reflexões ao presente estudo, ao avaliar a proposta de cuidado de enfermagem à pessoa submetida a angioplastia coronária, com base nos 5 fatores de cuidado de Jean Watson:

⁴ Optei por utilizar estes codinomes, porque acredito que a grandiosidade e a multiplicidade do potencial humano, da sua essência, é comparável aos rios. Alguns são grandes, voluptuosos, chamando a atenção por sua presença; outros, pequenos riachos, singelos mas de uma beleza admirável. Cada um deles, seguindo e construindo seu próprio leito, sua história. A diversidade das pessoas, comparando-as com a bio-diversidade dos rios, remete-nos a pensar neste multiplicidade de dados e informações se nos dedicarmos a conhecer, entender e interagir com eles. Permiti uma viagem num barco-a-velas pela beleza do leito destes dois rios.

- desenvolvimento de uma relação de cuidado humano de ajuda e confiança;
- cultivo da sensibilidades ao próprio *self* e ao das demais pessoas;
- uso sistemático do método científico de solução de problema para a tomada de decisão;
- a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal;
- assistência com gratificação às necessidades humanas.

A coleta de dados deu-se com a entrevista semi-estruturada, conforme o roteiro (plano), a operacionalização dos 5 fatores de cuidado.

5.3.1 Teoria

Como pretendia trabalhar ao usar os conceitos preconizados no projeto da prática assistencial. Plano:

- Ajuda-confiança

Quem é ele?

Qual a sua expectativa?

O que está sentindo, biológica e espiritualmente?

Qual a confiança em si e nos outros?

Compreensão da realidade (doença em si, situação/estado emocional)

Quais são as condições próprias – recursos disponíveis?

Como é a comunicação – tom de voz – a expressão em si?

- Sensibilidade ao próprio *self* e ao das demais pessoas

Sentir o paciente

Avaliar a mim própria – Sentir-me no processo

Sentir o quanto o paciente é sensível perante a situação (emoções)

O que ele diz.

- O uso sistemático do método científico:

Levantar a situação

Questionar, para levantar o problema

Buscar outras fontes: familiar, prontuário, conversa com o médico assistente

Identificar a situação-problema: psicológico, biológico.

Encarei o método científico preconizado por Watson, como um processo dinâmico, (avaliação, plano, intervenção e avaliação final) que não ocorreu de forma estanque. Sempre que levantava uma situação, intervinha em seguida, e se possível, já avaliava a intervenção.

- Promoção de ensino-aprendizagem

Levantar o que o paciente sabe

O que gostaria de saber

Identificar as possíveis estratégias a serem utilizadas para aprendizagem do paciente (maquetes de artérias, desenhos, o próprio Stent que seria utilizado

Adequar a linguagem do cliente ao seu nível de compreensão

Estabelecer diálogo “interativo”

Levantar dados para o plano cognitivo.

- Assistência às necessidades humanas básicas

Necessidades que podem ser importantes e valorizadas

Plano de cuidados

Metas para o paciente e a família: (reintegração) mente, corpo e social.

Ao iniciar o estudo, em 10 de setembro de 1999, com o primeiro paciente, Amazonas, eu pretendia fazer, num primeiro momento, um pré-teste, com a intenção de não incluí-lo no trabalho; apenas para testar minha maturidade e o método que eu pretendia aplicar. Também pretendia utilizar apenas o paciente durante o trabalho, isto é, a pessoa do paciente em si.

O paciente que escolhi (de forma aleatória) e eu tivemos logo no primeiro instante uma relação transpessoal, uma empatia, incluindo o familiar, sua esposa.

Foi neste momento que senti que necessitaria, logo de início, realizar duas modificações: a de incluir o familiar e de “entrar de cabeça” na prática assistencial; e a de que não havia necessidade de amadurecer mais nos conceitos e na teoria, naquele momento, uma vez que não poderia perder, de forma alguma, a riqueza da primeira experiência que foi com o paciente Amazonas e sua esposa.

O que havia preparado para iniciar estava maduro e foi como um viajar num barco a velas, pela beleza dos rios, que foram as duas pessoas, com quem tanto me identifiquei, enquanto pessoa – eu; e enquanto a enfermeira – a Carla.

5.4. 1^o Paciente Rio Amazonas

Interação iniciada em 10 de setembro de 1999. Já havia tudo sido combinado com a equipe multidisciplinar da hemodinâmica, médico, enfermagem, secretárias, que aquele seria o primeiro paciente do trabalho. Foi escolhido, como já disse anteriormente, de forma aleatória, e principalmente porque naquele dia haveria apenas um procedimento de intervenção

(angioplastia com implante de prótese intracoronária). Os demais foram exames diagnósticos de rotina.

As secretárias tiveram um papel muito importante, uma vez que elas haviam entendido minha proposta e estavam entusiasmadas. E assim que Amazonas se apresentou no setor, eu fui a primeira a ser avisada.

Acompanhei Amazonas desde o momento do preenchimento dos papéis e dados de rotina. Ele era um paciente conveniado, o que facilitava muito o processo.

Convidei Amazonas para me acompanhar até a sala de enfermagem, onde iríamos conversar sobre o que viria a seguir, ou seja, seu procedimento intervencionista. A familiar, sua esposa, mostrou-se logo muito interessada em acompanhar, o que permiti, sem pestanejar.

Fomos à sala de enfermagem e começamos a nos conhecer, enquanto pessoas, num primeiro momento. Após, conforme a conversa foi evoluindo, a enfermeira Carla foi começando a aparecer de forma natural, pois aí já estávamos completamente integrados. Como pessoas, havíamos falado de nossos mundos, problemas, alegrias, dificuldades, como passo a relatar em seguida.

Amazonas é um homem de 69 anos, casado pela segunda vez, por ter enviuvado cedo. Mora no município de Antônio Prado, onde tem uma residência na cidade e uma propriedade no interior, que frequenta sempre que possível, pois sua esposa gosta muito de estar “lá fora”.

Inicialmente pedi autorização para gravar nossa conversa, a fim de usá-la em um trabalho de mestrado. Expliquei o que era, que as informações seriam também usadas em seu benefício durante sua estada no HSVP, e também proporcionariam ajuda e melhorias de atendimento a outros pacientes. Foi quando ambos, o paciente e sua esposa, se mostraram muito honrados, e aí o diálogo teve muito mais detalhes, por exigência deles próprios. Amazonas quis reiniciar o diálogo que se havia perdido antes de usar o gravador. O que me deixou em êxtase, pela perfeita interação que estava ocorrendo.

Após a conversa introdutória **“Quem é ele?”**, me apresentei dizendo que era a enfermeira responsável pelo setor, e também aluna do mestrado, o que me levou a realizar tal atividade junto com eles. Falei que, acima de tudo, o objetivo principal era melhorar a assistência ao paciente no setor, e Amazonas complementou: “Tem que melhorar mais ainda?”

Ressalto que tanto Amazonas quanto sua esposa não se desviaram em nenhum momento da conversa e se admiravam muito de tudo, mostrando-se maravilhados com aquilo. Sempre complementavam os diálogos, tanto Amazonas quanto a esposa, que interveio várias vezes.

Logo alcançamos o segundo estágio do plano da entrevista semi-estruturada - **“Como se sente?”** no qual o paciente colocou sua atual condição de vida, familiar, social: - **“Agora não posso me queixar, tá tudo bom mesmo”**.

A conversa fluiu numa completa interação, numa relação transpessoal entre as três pessoas envolvidas, e achamos muitos pontos em comum entre as famílias de Amazonas e a minha. Quanto mais a conversa fluía, mais **“íntimos”** ficávamos. Já tínhamos conversado sobre tudo, famílias, a minha e a dele, profissão, número de filhos, história das dificuldades da vida, fossem elas afetivas, sociais, de origem **“racial”**...

Nesta parte inicial, já estava firmada a relação transpessoal entre pessoa/enfermeira/paciente/familiar. Já tinha dados para trabalhar toda a intervenção. Eu já era uma conhecida deles e ele era meu conhecido. O vínculo estava firmado, de uma forma, com certeza, bem maior do que eu poderia prever ou até mesmo querer.

Parti para o conhecimento da situação atual de saúde/doença: **“Como se sente e quais suas expectativas”**.

Estava numa situação aguda, com dor constante (angina instável), e veio para resolver seu problema, que segundo ele já havia iniciado há mais de 20 anos. Utilizei material didático, maquetes e folhetos informativos, para explicar o que eram as artérias coronárias. A esposa interveio: **“Essa é a coronária que dizem?”** Nesse momento, ela já estava em pé, próxima à mesa, maravilhada, vendo, indagando e acompanhando tudo.

Quanto à orientação ao paciente, sobre a dieta e demais informações, foi tudo fluindo automaticamente:

Amazonas: “Olha, quando eu viajava bastante de caminhão, eu gostava bastante de comer gordura”.

Eu: “E agora, depois que o doutor disse o que o senhor tinha, continua comendo gordura e essas coisas?”

Esposa: “Nada. Ele vive que nem coelho agora”.

Eu: “Coelho? Como é dieta de coelho? Eu já tive bastante bichinhos, mas coelho eu nunca tive.” (Ensino –aprendizagem da enfermeira para o paciente e vice e versa).

Esposa: “Mas bastante coisa verde, raditti, alface, agrião, mostarda, couve flor. Mas eu cuido, senão... A mostarda, da verde, é bom pra quem tem pressão alta também”.

Eu: “Ah, que interessante, é bom sabe”.

Fui implementando a assistência de enfermagem. O processo de enfermagem estava ocorrendo e, conforme frisei anteriormente, é um processo dinâmico: concomitantemente iam ocorrendo todas as fases desse processo. Quando fui realmente à intervenção de enfermagem, estava com todos os dados que havia colhido na entrevista semi-estruturada, quanto ao tempo de permanência do paciente na posição de decúbito dorsal quanto à dificuldade de urinar nesta posição (eram dados importantes durante o procedimento e no pós-procedimento).

Outros dados importantes da entrevista que pretendo trazer agora referem-se à situação atual de vida do paciente, quanto às limitações da doença:

Eu: “Mas o Sr. está se sentindo bem assim, está se sentindo feliz?”

Amazonas: “Depois dos últimos remédios, e o Dr. disse pra mim caminhar, ficou melhor.”

Esposa: “É, ele não agüentava mais ficar parado.”

Eu: “Ah, eu imagino a pessoa que tem o hábito do trabalho, de uma hora para outra ter que abandonar tudo, fica muito ruim mesmo.”

Amazonas: “Agora eu tenho que aprender uma maneira diferente de trabalhar, sem fazer muita força e fazendo outras coisinhas.”

Eu: “Exatamente isso, agora o Sr. vai descobrir uma nova maneira de fazer os seus trabalhos, ou vai fazer coisas diferentes. O que não pode acontecer é deixar de viver, de trabalhar o perder ou ânimo, que daí tudo fica muito complicado.”

Esposa: “O que ele faz todo dia é se deitar um pouquinho depois do meio-dia.”

Eu: “ Mas isso não tem mal nenhum, dá uma revigorada, para depois continuar a tarde com mais energia. Se eu pudesse, seria uma que daria sempre uma deitadinha depois do meio-dia.”

A esposa aproveitou a oportunidade para colocar sua angústia em relação à mudança do interior para a cidade. Apesar de ter uma casa com horta, galinheiro, etc, ela preferia estar na propriedade rural, onde se sente melhor.

Coloquei a ela que, nos dias em que eles fossem para a propriedade rural ela aproveitasse ao máximo os momentos em que lá estivesse, que assim voltaria fortalecida para a cidade. No que Amazonas me deu razão.

Ambos concordaram que a vida no campo era melhor, mas que, no momento, era necessário irem viver na cidade, devido a maiores recursos. Como exemplo, referem sentir falta da água do campo, porque, segundo eles, a água tratada da cidade tem um gosto diferente. Inclusive trazem a água do campo para a cidade. Intervim neste momento, para reforçar, dizendo: “A gente só é feliz fazendo aquilo de que a gente gosta.”

Amazonas aproveitou esta minha colocação para complementar: “Viu, Carla, mas eu me sinto bem, viu!”

A esposa refere que tem uma foto bonita da propriedade, que foi tirada de um avião.

Pedi então que, no retorno, quando viessem ver o doutor, dessem uma fugidinha e trouxessem para eu ver a foto desta bonita propriedade.

Esposa: “Ma vô trazê mesmo, daí tu vai dizê que eu tinha mesmo razão!”

Ficou implícito na fala de ambos o amor e a falta da vida no campo.

Eles realmente retornaram, pois o paciente precisou de intervenção em outra coronária, dois meses após. Na visita que fiz a eles, na unidade de internação, mostraram-me a foto da propriedade, que realmente era muito bonita. E ainda trouxeram-me a foto do casamento e dos filhos de Amazonas. Prometeram-me também trazer um vinho de produção própria, e assim o fizeram. Degustei aquele vinho como algo estrategicamente importante para a pessoa Carla.

Foi um momento de coroação do meu trabalho na prática assistencial, pois houve interação transpessoal, das pessoas envolvidas no processo. Eu estava transbordante de alegria pela superação pessoal e profissional, que ocorreu durante essa prática com o paciente Amazonas. Gostaria de expressar essa sensação com um poema de Gilberto Gil/João Donato:

*A Paz
 “A paz invadiu meu coração
 De repente me encheu de paz
 Como se o vento de um tufão
 Arrancasse os meus pés do chão
 Onde eu já não me enterro mais
 A paz fez o mar da revolução
 Invadiu meu destino, a paz.”*

Acompanhei o paciente durante toda a sua internação, na hemodinâmica e na unidade de internação (Posto 10). A angioplastia foi realizada na sexta-feira e, no domingo pela manhã, o paciente deu alta hospitalar, após as orientações para alta realizadas por mim e pelo médico assistente, de forma interdisciplinar.

5.5. 2^o Paciente Rio Madeira

A segunda pessoa da prática assistencial, o qual chamarei de Rio Madeira, ou simplesmente Madeira, foi escolhida igualmente de forma aleatória, único critério por mim estipulado, no dia em que teria apenas um procedimento intervencionista (angioplastia coronária), e os demais procedimentos diagnósticos (cateterismo cardíaco).

Novamente a interação das secretárias, nesse trabalho interdisciplinar, foi muito importante, pois fui avisada da chegada de Madeira tão logo se apresentou no setor. Acompanhei o preenchimento dos dados cadastrais rotineiros. Novamente se tratava de um paciente conveniado. Orientou-se o familiar a realizar o procedimento de baixa hospitalar. Após ter-se concluído essa parte burocrática inicial, convidei Madeira e seu filho a me acompanharem até a sala de enfermagem, onde conversaríamos sobre o procedimento a ser realizado.

Madeira se submetera a um o cateterismo cardíaco em 11 de setembro de 1999. Como a lesão era de risco, na origem da circunflexa e com lesão superior a 90%, foi logo marcado para que ele retornasse em 16 de setembro.

Foi quando, então, realizei a prática assistencial com o 2^o paciente.

Coloquei para Madeira e seu filho o objetivo do trabalho acadêmico a ser realizado. Informei que necessitaria do uso de gravador, para que pudesse acompanhar todas as fases de nossa interação. Tanto o paciente quanto o filho mostraram-se muito interessados e autorizaram. A doença coronária de Madeira era mais específica e, de certa forma, menos complexa que a do paciente Amazonas, que era mais idoso e tinha doença multiarterial. Madeira veio submeter-se a angioplastia coronária com implante de *Stent*, conhecendo sua real situação: havia se submetido ao exame 5 dias antes, e a forma de tratamento tinha sido bem esclarecida por seu médico assistente, que era da cidade vizinha de Carazinho, e pelo médico que iria realizar o procedimento.

Eu, enquanto pessoa, sem ser a enfermeira do laboratório de hemodinâmica, já conhecia o filho de Madeira. Ele próprio conhecia todos os meus familiares, uma vez que

era da mesma cidade de meus pais. Talvez isso tenha colaborado muito para o alcance de meus objetivos.

Madeira é um senhor jovem, de 52 anos, agricultor, mora na Linha São Paulo, interior do município de Chapada. Já foi agente sanitário e agora, aposentado é líder da comunidade paroquial e jogador de futebol, nos finais de semana.

Pedi a ele que me contasse detalhes importantes de sua vida, para que eu pudesse conhecer essa pessoa que estava ali, a fim de receber um atendimento especializado, sem antes ter apresentado maiores alterações em sua saúde. Pedi também ao filho que ajudasse a nos conhecermos melhor, a saber quem era realmente seu pai.

Madeira começou o relato contando que trabalhava como agricultor, mas que antes fora agente sanitário onde morava.

Pergunte quantos filhos tinha. Ele respondeu que eram 3 filhos. Um filho homem, que o acompanhava naquele momento, e duas filhas mulheres. Referi que não conhecia a filha mais nova dele.

Indaguei quanto ao início da doença cardíaca, frisei que ele me contasse como fora a vida dele antes dos sintomas como vivia hoje.

Respondeu-me: “De dois meses para cá, venho sentindo dor no peito, mas fraquinha, fui até jogar futebol de salão em Tesouras. De duas semanas para cá, porém, começou um ardume no peito e cansa. Por isso fui fazer um eletro em Carazinho, com meu médico, que me acompanha sempre em meus exames de saúde. Ele disse que continuava igual aos outros que havia realizado antes. Daí eu insisti com ele, dizendo que me ardia bastante o peito, mais do que antes. Foi então que o médico determinou que fizesse o teste de esforço. Na esteira apareceu, eu andei uns 250 m, e comecei a sentir dor no peito. Avisei o médico como ele tinha me orientado, e ele mandou que parasse.”

Depois disso Madeira foi encaminhado ao Laboratório de Hemodinâmica em Passo Fundo, para fazer o exame em 11 de setembro.

Aproveitei a ocasião para explicar que o coração funciona realmente assim. Se o coração não está em estado normal, com esforço físico ou alguma alteração que aumente a necessidade de bombeamento de sangue no coração, aparecem as dores, pela exigência de maior consumo de oxigênio. No caso dele, o exame mostrou que tinha uma artéria com problema e que precisava ser tratada.

E continuei: Com o eletro de esforço, o paciente se exercita, mais o coração tem maior trabalho, e aparece de forma mais clara, o problema.

Madeira: “O meu ansiamiento, agora, é diferente. Antes eu tinha medo de fazer o exame, mas agora eu quero resolver logo esse problema. Nesse tempo eu fiquei nervoso em casa, porque eu queria fazer logo. E daí o meu filho ligou para o meu médico, e ele resolveu me internar em Carazinho, até vir fazer o exame.

Eu: “O Sr. internou quando em Carazinho?”

Madeira: “Ontem de manhã.”

Eu: O Sr, conseguiu resolver aqueles seus negócios de que me havia falado no dia do exame?”

Madeira: “Consegui resolver tudo, eu só estou bastante ansioso para fazer o exame.”

O Filho: “Ele estava muito nervoso e ansioso em casa, queria fazer as coisas, e até podia, mas ele tremia de nervoso.”

Eu: “Então acabou não fazendo mais nada de esforço físico e ficou em repouso?”

Madeira: “É, eu tinha muito medo que podia prejudicar.”

O Filho: “É. Ele ficou só deitado na cama.”

Eu: “Mas, olha, ficou com tanto medo que resolveu assumir a doença naquele momento! “

Madeira: “Eu só ia até a cozinha e voltava para a cama.”

Eu: “Então a sua doença acabou limitando a sua vida, o seu trabalho e até o seu convívio com as pessoas?”

Madeira: “É.”

Eu: “O que o Sr. pensava, sentia?”

Madeira: “Eu pensava que a minha vida estava por um fio, o médico me mostrou as fotos no dia do exame.”

O Filho: “Uma hora eu fiquei cuidando: volta e meia, quando ele estava sentado ou deitado, acabava constantemente botando a mão no peito. Eu perguntava se ele tinha dor, e ele dizia que não. Daí eu disse que era melhor ele internar mesmo, porque essa ansiedade podia prejudicar o pai.”

Eu: “É, realmente poderia vir a desencadear a angina, por estar extremamente ansioso e nervoso, porque as artérias reagem as nossas sensações, podendo ficar mais “apertadas”, se a gente fica muito nervoso.” E continuei: “Eu já percebi que o Sr. é hiperativo, dinâmico e que essa doença vai ter que ser tratada para não limitar seu jeito de ser. Isso, então, acabou interferindo na vida de toda a sua família?”

Madeira: “Sábado, quando saí daqui, eu não queria mais voltar. Mas de lá para cá foi mudando a história, e eu queria vir o mais rápido para resolver tudo logo.”

Eu me virei para o filho e perguntei: “E você, também teve que alterar a sua rotina?”

O Filho: “Eu peguei férias, em Sarandi, no trabalho, na Sexta-feira, para poder ficar com ele e acompanhar.”

Brincando com os dois, repeti: “Interferiu na vida da família toda mesmo, então?”

O Filho: “Eu acho até que deve ser assim, ele é o meu pai, e nesse momento ele está precisando de mim.”

Nisso todos nós concordamos.

Madeira: “Há uns sete anos atrás, me deu uma dor meio estranha, principalmente quando eu mexia o braço, mas na época eu nem fui atrás.”

Eu fui interrogando o paciente quanto aos principais fatores de risco para a doença coronária, como fumo, diabetes. Ele relatou nunca ter fumado e que diabetes também nunca apresentou, pois já havia feito exames anteriormente.”

Madeira: “Eu sentia muita dor no estômago e muita dor na nuca. Pro estômago eu estou sempre me tratando, tomando chá e umas pastilhas que o médico me deu.”

⇒ Optei por transcrever esta parte inicial na íntegra, para mostrar que, na interação com o segundo paciente, eu já estava mais preparada e o processo de enfermagem ficou mais claro, em suas etapas de avaliação, plano, intervenção, e avaliação, novamente.

Com este segundo paciente não foi diferente: a interação foi tão intensa quanto na primeira experiência. E a gratificação pessoal, profissional e acadêmica da enfermeira Carla estava firmada.

Gostaria ainda de transcrever mais algumas frases que frisam a sensibilidade do meu próprio *self* e das demais pessoas, a ajuda/confiança que, de uma forma muito especial, contribuiu para realmente firmar a aproximação da teoria com a prática.

O filho interrompeu, dizendo: “Esse é o problema do meu pai. Se preocupa muito com as coisas, se envolve muito com as outras pessoas, com a comunidade, então ele tem um problema grande de estresse.” E continuou: “Eu até orientei ele que a partir de agora ele vai ter que mudar todos os hábitos dele, além dos alimentares, também a vida social, ele vai ter que diminuir o ritmo dele pra não acontecer com outra artéria.”

Madeira: “Quando aparece um problema na comunidade, parece que eu tenho que tá lá, que eu tenho que resolver,”

Eu: “Isso é um fator positivo para o Sr., que é líder, é participativo, e essas são características suas. De modo algum vai ter que deixar de ser assim, porque se o Sr. deixar

de lado essa sua característica de liderança, pode acabar desencadeando outros tipos de doença como por exemplo, a depressão, ou algo assim, por se sentir impotente. Então, de agora em diante só vai ter que dosar melhor, envolver-se, mas não tanto, e delegar as tarefas para que outras pessoas possam fazê-las.”

Madeira: “Nós começamos a construir a igreja agora, lá na comunidade, e “comecemo” sem dinheiro. Daí eu saí pedindo esmola lá em Chapada. A Silker (loja de material de construção do meu irmão) deu uma mão tremenda pra nós. Vendeu fiado, esperava, se a gente não tinha dinheiro. Então eu me envolvi muito com isso aqui nos últimos tempos, e me deu esse desgaste físico.”

Eu: “Olha Sr...., eu acho que o Sr. tem que levar isso como uma coisa muito positiva sua, que não vai passar pela vida sem deixar nada, sem ter amigos, ou, como no seu caso, “obras” visíveis em que o Sr. se empenhou muito . Isso é muito importante, e acho que não deve deixar de lado, acho que pode e deve continuar se envolvendo, só que de forma mais calma, pedindo para que os outros membros da comunidade se envolvam mais. Vai ter que ser até um pouco egoísta, eu diria.” E brincamos com a situação.

Filho: “Eu disse pro pai que ele deveria viajar, aproveitar a vida...”

Continuei então explicando o mecanismo do infarto.

Gostaria de salientar aqui que, ao se trabalhar com Watson, que é extremamente complicado e profundo, um aspecto positivo é a flexibilização do método científico, porque se temos que trabalhar com amor, fé, esperança, sensibilidade, ajuda/confiança, fica muito difícil desmembrar em partes o processo de enfermagem, pois as etapas se confundem.

Madeira se preocupou com o infarto, perguntou se seria fatal, se ele morreria, se a artéria dele obstruísse por completo.

Expliquei, dizendo que a circulação coronária é vasta, e depende do tipo e tamanho da artéria que está comprometida para se avaliar o dano. “No seu caso, se a artéria viesse a fechar, não haveria maiores problemas. Por ser uma única artéria prejudicada, as outras

estariam em condições de assumir a irrigação do músculo do coração até se restabelecer a circulação normal. Teria sim algumas outras complicações.”

Filho: “O medo dele era exatamente esse, que iria dar um infarto e que ele iria morrer.”

Eu: “Eu expliquei tudo isso a ele no dia em que ele deu alta do exame. Mas quando a situação é aguda, e pega a pessoa de surpresa, fica difícil, naquele momento, captar o que as outras pessoas dizem. Isso é normal. Mas agora está ficando mais claro seu?”

Madeira: “Agora sim, Carlinha, com todas essas explicações eu já estou mais calmo.”

Mostrei o *stent* e expliquei como seria colocado. Quando ele viu o tamanho do *stent*, se mostrou mais tranquilo, porque percebeu que “as artérias não são tão grandes assim.”

Então peguei mais um material que mostra o *stent* já dentro da artéria.

Madeira: “E, Carlinha, agora como fica o colesterol, eu vou ter que continuar controlando?”

☞ Preciso fazer uma colocação: pelo fato de madeira conhecer toda a minha família em Chapada e de eu ser amiga de seu filho, ele se referia a mim como “Carlinha”. Esse fato me deixou extremamente a vontade, sabendo que ele estava interagindo comigo, sem nenhum tipo de barreira.

O que realmente me deixou certa de que a doença não o tinha limitado, nem física, nem socialmente, foi o fato de que um ano após a intervenção – angioplastia coronária, o paciente estava-se candidatando às eleições municipais, no cargo de vereador, em seu município. Acredito que toda a intervenção transpessoal a que fomos submetidos, na oportunidade de seu exame, tenha colaborado para isso.

Na oportunidade da alta do paciente para sua casa, a equipe multiprofissional da hemodinâmica foi surpreendida por um ramalhete de flores, enviado por Madeira e seu filho, e acompanhado de um cartão com os seguintes dizeres:

“Para toda a equipe de funcionários e médicos!

Às vezes, um olhar amigo, um gesto, até uma simples palavra, vale mais do que qualquer remédio. Só podemos dizer Obrigado a todos vocês da hemodinâmica.

Um abraço de seus amigos: D... e S...”

A equipe que estava trabalhando naquele Sábado pela manhã, foi espontaneamente, até o quarto do paciente na unidade de internação (Posto 4), para agradecer pessoalmente a gentileza recebida.

Foi novamente um momento de consagração de meu trabalho, acadêmico e assistencial.

De certa forma, eu já trouxe uma categorização não estruturada e sem embasamento teórico-científico, de alguns dos fatores de cuidado de Jean Watson, com os quais trabalhei nesta prática assistencial. Tamanha foi a ansiedade e a minha grata satisfação em avaliar e expor esses resultados.

6. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO CUIDADO HUMANÍSTICO TECNOLÓGICO

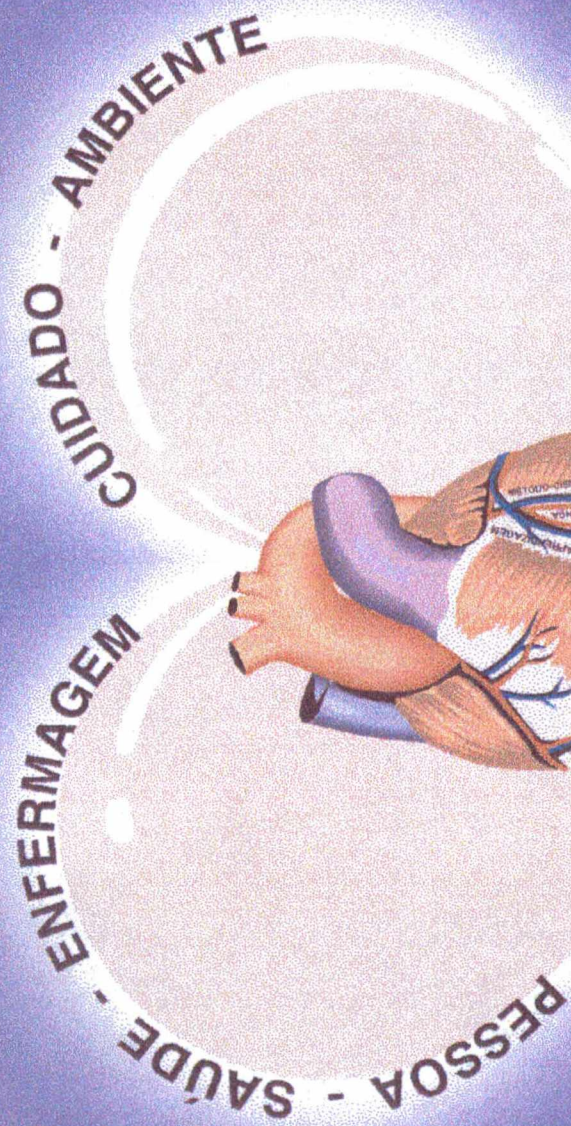
O desenho do marco teórico traduz, graficamente, os conceitos-chave utilizados no estudo e os cinco fatores de cuidado de Jean Watson, trabalhados com os pacientes durante a prática assistencial.

No gráfico identifica-se a perfeita integração entre o cuidado tecnicista e a proposta de cuidado humanizado, transpessoal. A mão do homem representa toda a sensibilidade, a dignidade humana, o respeito, a valorização da vida e do cuidado enquanto a mão da máquina remete à tecnologia de ponta, ao avançado atendimento técnico-científico prestado na hemodinâmica.

No coração maior, vê-se a emoção, a sensibilidade, o carinho, a atenção, a solidariedade prestada aos pacientes. O coração está envolto pelos conceitos trabalhados na prática assistencial: Pessoa – Saúde/Doença – Enfermagem – Cuidado – Ambiente. São as referências ao cuidado sensível, solidário, ético. Aliados a essa visão humanizada, estão os conceitos representativos do científico, da técnica, significando que o trabalho de enfermagem tem condições de ser técnico, científico, sem deixar de ser humano, sensível, justo e agente transformador da realidade.

O coração menor simbolizando a técnica, reproduz o trabalho realizado hoje na hemodinâmica. Nele se vêem as coronárias, o funcionamento das válvulas, mas já com resquícios de mudança. Nas coronárias percebe-se que começou a correr por elas, não somente o contraste utilizado nos exames, mas os fatores de cuidado de Jean Watson:

ajuda/confiança, sensibilidade, ensino-aprendizagem, método científico e necessidades humanas.



TECNOLÓGICO

CUIDADO HUMANÍSTICO

7. DA RAZÃO À SENSIBILIDADE

Na atualidade, observa-se um descaso generalizado, uma falta de cuidado pelas coisas da vida, da natureza, do interior das pessoas. Há um desinteresse pelas questões éticas e da sensibilidade. Emerge, pois, a necessidade de se analisar, refletir, questionar, desenvolver a sensibilidade humana no contexto da saúde, área especialmente rica em situações de conflitos e dúvidas.

Numa abordagem mais complexa, pode-se analisar a vida, a atual situação do homem. A dignidade humana e a qualidade de vida passam diretamente por uma análise e reflexão das questões éticas, pela busca da verdade, da sinceridade, da sensibilidade, do amor, do cuidado, da amizade, do carinho, do respeito, e pela busca de formas mais cooperativas de sobrevivência.

Na área da saúde, as questões éticas afloram no dia-a-dia do trabalho. Pois se falamos que ética é o respeito pela dignidade humana, pela vida, não poderia ser diferente. Encontramos inúmeras situações em que a ética é o alicerce da ação, da tomada de decisão, mas, acima de tudo, é a prática.

Os profissionais da área da saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, devem ter a preocupação e o conhecimento mínimo dos princípios éticos, para sua aplicação na prática assistencial. Mas o dever de profissionais nos mostra que, somente o conhecimento destes princípios norteadores, não é suficiente, pois a sua aplicação e implicações, na assistência, são complexos e de difícil resolução. Na assistência aos pacientes, deve-se ter em mente uma análise permanente das nossas ações e condutas, reportando-nos às implicações dessa assistência sobre a pessoa atendida, seus familiares e

demais profissionais envolvidos. E aqui vale lembrar que a prática ética da profissão contribui para a manutenção da integridade social e espiritual no ser-enfermeiro, pois não há como separar o pessoal do profissional, que colabora na manutenção da qualidade de vida.

A ética evidencia o respeito ao ser humano e a busca da cidadania. Como reflexão filosófica sobre o agir humano, traduz uma dinâmica pessoal e um processo de construção de si, que perpassa pelas nossas capacidades de ação e pela forma como as exercitamos, controlamos e dirigimos (Polleto, 1998 p. 70).

Na análise ética de nosso trabalho, devemos sempre ter o conhecimento de quem é essa pessoa que está ao nosso lado, quem é esse paciente, sua cultura, seus valores, hábitos, crenças e conhecimentos. Também precisamos voltar às nossas necessidades, enquanto pessoa, enfermeiro, e aos princípios morais e éticos da sociedade.

Mais uma vez a teoria de Jean Watson enquadra-se perfeitamente, agora nesta abordagem ética da ação da enfermagem. Uma vez que a ética é, acima de tudo, o respeito à dignidade humana, à vida, à sensibilidade, a aplicabilidade dos fatores de cuidado abordados evidenciam essas colocações.

Porém, como já explicitado no capítulo sobre a organização dos serviços de enfermagem, além das estruturas formais da instituição aparecem as estruturas informais que, em alguns momentos, auxiliam e, em outros, prejudicam a consecução dos objetivos propostos pela equipe. Isso é principalmente evidenciado nas relações de poder.

Segundo Clegg (1996, p. 49), na literatura ortodoxa, a noção de poder organizacional fundamenta-se na mais pura tradição weberiana, na estrutura hierárquica e nas relações entre os diferentes níveis. Mas tais perturbações não representam, necessariamente, uma ameaça à estrutura formal. Elas podem constituir apenas disputas puramente locais por autonomia e poder, não perturbando, de nenhuma maneira, a “estrutura” em si. Entretanto, em alguns casos, eles podem transformar-se em uma ameaça real.

Há conceitos mais refinados, como o desenvolvido por Clegg apud Mintzberg (1996, p. 50), que podem ser resumidos assim: “os membros não são sempre (...) obedientes”. Na perspectiva sistêmica de Mintzberg, a política define-se explicitamente em oposição aos sistemas (de autoridade, ideologia e conhecimento aplicado).

Utilizando-se ainda da Teoria das Relações Humanas, Chiavenato (1979, p. 189), observa que o enfoque manipulativo das relações humanas apresenta-se no contraponto dos interesses da organização e dos colaboradores. Isso pode ser percebido em certas situações, dentro do setor de trabalho, gerando na equipe, insatisfação. O objetivo da empresa, de produzir e gerar lucros, sobrepõe-se às necessidades da equipe de um ambiente de trabalho agradável, de relações harmoniosas e sem nenhum tipo de pressão manipulativa.

Sem dúvida, essas colocações de caráter administrativo e de organização dos serviços, das relações de hierarquia e poder, e manipulativas, são fortes indícios da dificuldade em aplicar-se, junto aos pacientes no laboratório de hemodinâmica, um cuidado humanístico-tecnológico, limitando-se ao tecnológico. Torna-se extremamente difícil trabalhar conceitos de ética e sensibilidade, resgatar o respeito à dignidade humana e ao valor do indivíduo em um ambiente altamente tecnológico e produtivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar este estudo, há mais de um ano atrás, relutei muito. Era um desafio, primeiramente, de caráter pessoal. Foi necessário quebrar uma barreira importante em meu *self*. Precisei resgatar sensibilidade, fé, esperança, ajuda, confiança, primeiramente, dentro de mim. Essa prática assistencial “mexeu” muito com a Carla e com a enfermeira Carla. Fez-me rever muitos de meus pensamentos e ações. Só agora, quase dois anos após, é que consegui rever essa riqueza de dados armazenados em um pequeno e frio disquete de computador, igualmente esquecido.

Pretendo agora, nessa dissertação, levar ao conhecimento de todos vocês os dados que colhi e trabalhei, a caminho da estruturação de um laboratório de hemodinâmica, baseado na experiência do cuidado transpessoal como um cuidado humanístico tecnológico.

O desenvolvimento da prática assistencial, disciplina que serviu como embasamento para o cuidado humanístico tecnológico, foi prazerosa. Talvez essa não seja a palavra mais adequada para designar um trabalho de caráter científico, mas foi assim o que senti. A possibilidade de aliar à prática cotidiana de assistência, de trabalho em si, uma proposta metodológica ousada e desafiadora de humanização, numa área conhecida por sua alta tecnologia e reconhecida habilidade técnica dos profissionais envolvidos, despertou-me essa sensação. Foi um desafio de caráter pessoal e profissional.

O reconhecimento maior vem da clientela atingida, do reconhecimento dos pacientes e familiares e da própria equipe de enfermagem, que se expressava destacando a

importância que o trabalho teve, na recuperação mais rápida e tranqüila dos pacientes acompanhados durante a prática assistencial.

O primeiro objetivo desta proposta foi atingido em sua plenitude. Descrever a experiência de reestruturação de um laboratório de hemodinâmica, como um espaço organizacional/administrativo/assistencial do trabalho da enfermagem; uma vez que foi feito um resgate histórico do antigo laboratório e relatou-se todas dificuldades e conquistas.

O segundo objetivo proposto neste trabalho foi contemplado. Ao conseguir elaborar e implementar um marco teórico-conceitual baseado na Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson, e ainda avaliar essa aplicação. Relevante é o fato de essa proposta ter sido implementada, evidenciando a proposta intrínseca que era o resgate do humano, da sensibilidade, da ética no trabalho de enfermagem, dentro do laboratório de hemodinâmica.

A equipe de enfermagem, na sua totalidade, ao ser envolvida nesse processo, tem necessidade de que a enfermeira responsável pelo setor tenha conhecimento total do paciente que está entrando no laboratório para ser atendido por ela. É a enfermeira quem está preparada para fazer essa coleta de informações (avaliação), orientar a equipe ou implementar o cuidado (plano e intervenção) junto a esse paciente; o que dá muita segurança a toda equipe. Mas nem sempre se tem condições estruturais, administrativas e pessoais de atender a essa expectativa.

Como aporte acadêmico, houve a contemplação dos objetivos, o que não se evidencia na prática diária da enfermagem. A implementação do cuidado humanístico e tecnológico exige um trabalho mais profundo de conscientização de toda a equipe, (médicos, secretárias, enfermagem). Contemplar o respeito, a dignidade, a ética e o resgate da sensibilidade passa por cima de muitos valores e interesses da estrutura formal e, muitas vezes, até da estrutura informal, e das relações de poder que se instalam dentro das organizações.

Reverendo os objetivos iniciais deste estudo concluo que se faz necessário ainda um amadurecimento pessoal e estrutural da organização, dificultada essa re-visão pela

demanda de exames existente e pelo fascínio da produção e produtividade, que se constituem no maior objetivo do grupo.

Retomar os objetivos iniciais, o sonho de implantar ou reestruturar um novo laboratório de hemodinâmica, exige que todos os requisitos organizacionais e administrativos tenham sido alcançados. Acredito que todas as demandas estruturais - planta física, equipamento, número de exames e expressão estadual da hemodinâmica - foram atingidos. Todavia, crescer a ponto de se conseguir contemplar o atendimento, a assistência e o cuidado humanizado, ainda é um desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BETTINELLI, Luís Antônio. Cuidado Solidário. Passo Fundo: Pe Berthier, 1998.
- BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. A Transcendência do Emaranhado Tecnológico em Cuidados Intensivos. Blumenau: Nova Letra, 1999, 128 p.
- BRAUNWALD, Eugene. Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. 5. ed. Philadelphia : W. B. Saunders Company, 1997.
- BOFF, Leonardo. Saber Cuidar – Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRUNNER, Lillian B. & SUDDARTH, Doris S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 6. ed., v. 1 Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1990. P.449-470.
- CAMPONOGARA, Silviamar. Educar para Cuidar: Uma proposta fundamentada na Teoria do Cuidado Transpessoal. Dissertação de Mestrado, 1999.
- CHIAVENATO, Idalberto. Teoria Geral da Administração. Edição Revista. v. 1 São Paulo: Mc Graw-hill, 1979.
- CLEGG, Stewart, Poder, linguagem e ação nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François. O indivíduo na organização – Dimensões esquecidas. 3 ed., v. 1 São Paulo: Atlas, 1996. P. 47-82.
- DYMOND, Duncan S. Atlas de Infarto do Miocárdio. Enciclopédia de Séries Médicas Visuais, V 1, The Parthenon Publishing Group, Inglaterra, 1997.
- ERDMANN, Alacoque L. Sistema de cuidados de enfermagem. Série Teses em Enfermagem, Pelotas: Editora Universitária, 1996.
- GEORGE, Júlia B. *et al.* Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.
- MARRINER-TOMEY, Ann. Modelos e teorias en enfermería. 3. ed., Madrid : Harcourt Brace, 1997.

- MARTINS, Darci Aparecida. Cuidando do Portador de Síndrome de Down e seu Significante. Dissertação de Mestrado. 1998.
- MASSAROLLO, Maria Cristina K. Braga, Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina. Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. P. 23- 39.
- MELTZER, Lawrence E. *et al.* Enfermagem Na Unidade Coronariana. 3. ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1997. P. 2-15.
- NOGUEIRA, Eduardo Arantes *et al.* Cateterismo Cardíaco em Unidade de Terapia Intensiva. In: TERZI, Renato & ARAÚJO, Sebastião. Monitorização Hemodinâmica e Suporte Cardiocirculatório do Paciente Crítico. São Paulo: Atheneu, 1996. P. 107.
- OLIVEIRA, Maria de Fátima V. de. O sendo da pessoa portadora de distúrbios Psíquicos: um novo olhar para a enfermagem. Dissertação de Mestrado, 1999.
- PAGANINI, Maria Cristina. Humanização da Prática pelo Cuidado- Um marco de referência para a enfermagem em Unidades Críticas. Dissertação de Mestrado, 1998.
- PESSINI, Léo e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul. Problemas atuais de Bioética. 3. Ed, São Paulo: edições Loyola, 1996. P. 163.
- POLIT, Denise F e HUNGLER, Bernadette. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem. 3. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- POLLETO, Denise Sain. Liderança Integrativa. Dissertação de mestrado, 1998.
- RELATÓRIO HSVP 1999.
- RELATÓRIO ANUAL 2000. Passo Fundo: HSVP.
- SANTIN, Silvino, Ética e sensibilidade. In: CAPONI, Gustavo A. *et al.* A saúde como desafio ético. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis, SC. 1994. P. 87.
- TALENTO, Bárbara, Jean Watson. In: GEORGE, Júlia B. *et al.* Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes médicas, 1993. P. 13-23.
- TORRES, Gertrude, A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In: GEORGE, Júlia B. *et al.* Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. P. 13-23.
- WALDOW, Vera Regina. Cuidado Humano – O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON, Jean. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. East Norwalk: Appleton – Century – Crofts, 1985.

WHITE, Paul, Introdução. In: HURST, J. Willis et al. O Coração – Artérias e Veias. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977. P.2.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson, Epistemologia do cuidado humano. In: REVISTA Texto e contexto. Buscando a Convergência Ciência e Arte – Epistemologia do cuidado humano – Arte e ciência da Enfermagem Abstraída das idéias de Watson, Zagonel, Ivete. v. 5, n. 1 . Jan./Jun. 1996. P.64-81.

ANEXOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Síntese para a aplicação durante a prática assistencial:

****Quem é ele?**

- Possibilidades, habilidades, relação, conflitos, valorização de si e de seu self
- **(relacionando-se ao self.)**

**** Como se sente?**

- Emocionalmente
- Biologicamente
- Socialmente
- Explorar necessidades biofísicas, sobrevivência, funcionais, integradoras, busca de conhecimentos
- **(relacionando-se às necessidades humanas básicas)**

****Quais suas expectativas?**

- Confiança
- Equipe
- Doença
- Em relação a si mesmo
- **(relacionando-se a ajuda confiança)**

**** Como vê sua situação?**

**** e Como pode ser ajudado?**

- **(Relacionando-se ao ensino aprendizagem)**

**** Como já ressaltai anteriormente o Uso do método científico, ocorrerá de forma dinâmica durante todo o processo desde o pré, trans e pós operatório.**

Passo Fundo, 08 de setembro de 1999.

Chefia de Enfermagem – HSVP

Enf^a Ir. Carmelina Pelegrini / Enf^a Liege Dutra

A Enfermeira, Carla Andréa Kerber, mestranda do Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Enfermagem (UFSC/UPF) – Mestrado em Assistência de Enfermagem, vem por meio desta, solicitar autorização para realizar sua prática assistencial, nesta Instituição. A prática assistencial com o título “*Proposta de cuidado de enfermagem a pessoa submetida a angioplastia coronária baseado na teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson*”, será desenvolvida no Laboratório de Hemodinâmica. Os objetivos, fundamentação teórico-metodológica e cronograma seguem no protocolo em anexo. As atividades serão iniciadas tendo havido a aprovação da Instituição e após ter sido realizada explanação a toda equipe do setor acima mencionado – médica e de enfermagem, com o intuito de receber o apoio na realização deste trabalho. Este trabalho será supervisionado pela Prof^a Dr^a Rosita Saupe, coordenadora local do Mestrado Interinstitucional e, pela Prof^a Dr^a Zuleica Maria Patrício, professora da disciplina de Prática Assistencial e ainda sob orientação da Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann. Conto com a colaboração desta Instituição para a realização deste trabalho.

Agradeço Antecipadamente.

Enf^a Carla Andréa Kerber

Autorização

Chefia de Enfermagem

Gráfico 1 – Pacientes entre 01/01/1995 a 31/12/1995

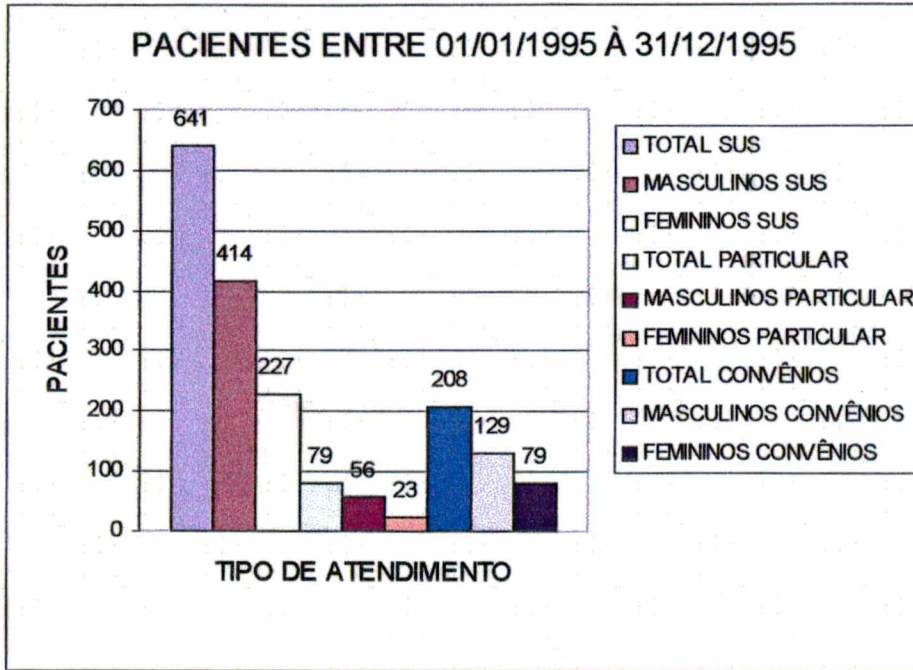


Gráfico 2 – Pacientes entre 01/01/1996 a 31/12/1996

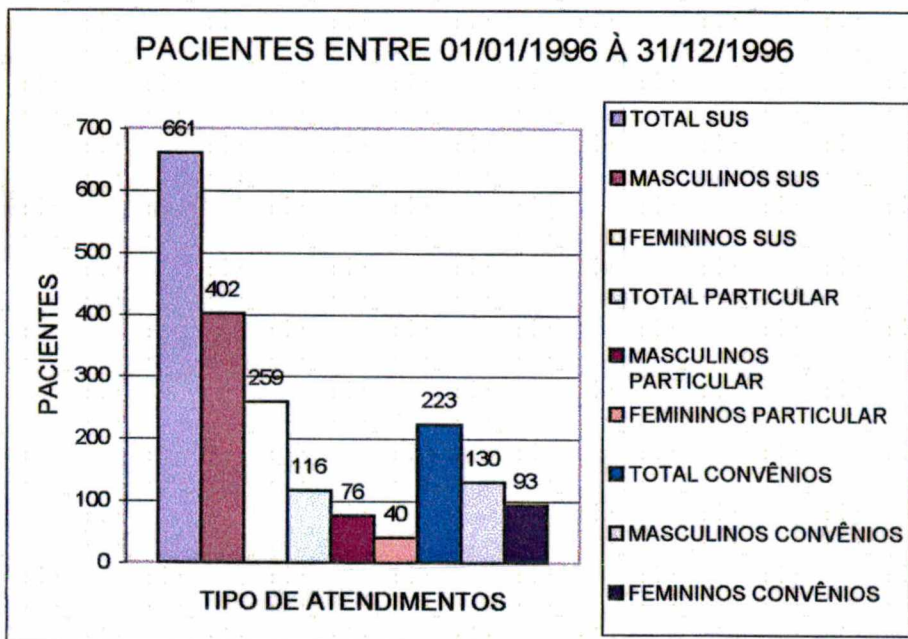


Gráfico 3 – Pacientes entre 01/01/1997 a 31/12/1997

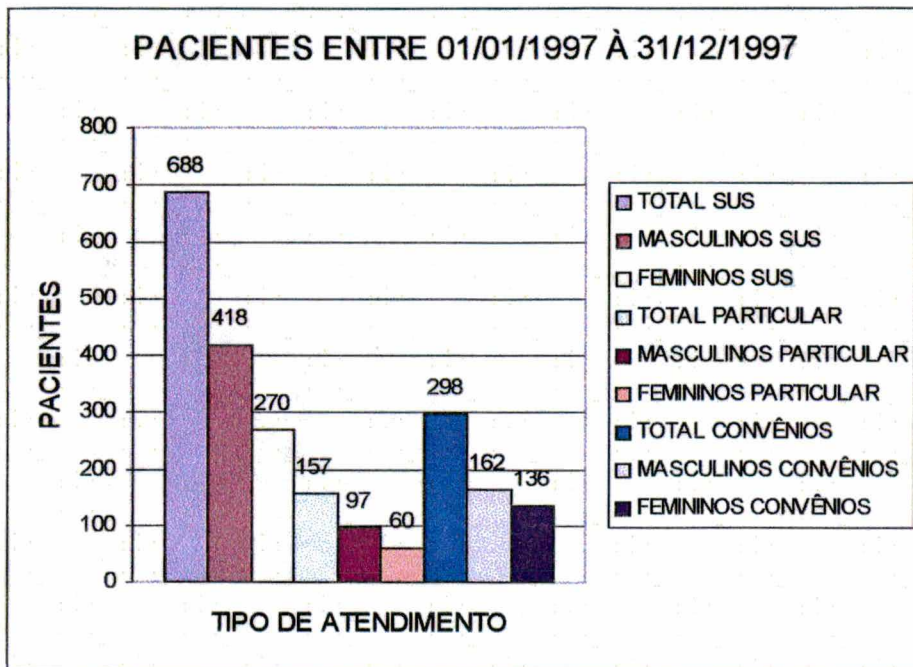


Gráfico 4 – Pacientes entre 01/01/1998 a 31/12/1998

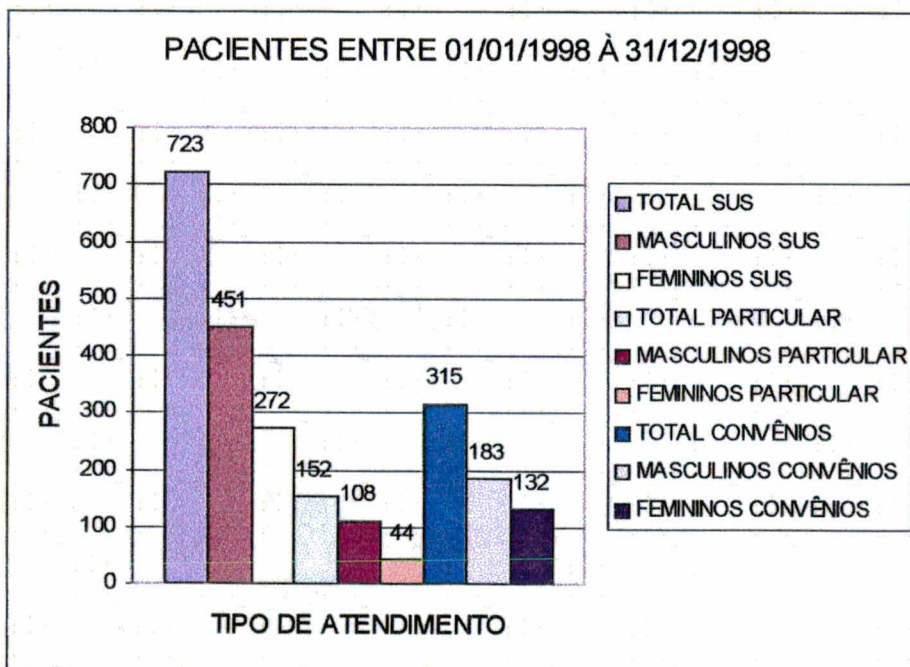


Gráfico 5 – Pacientes entre 01/01/1999 a 31/12/1999

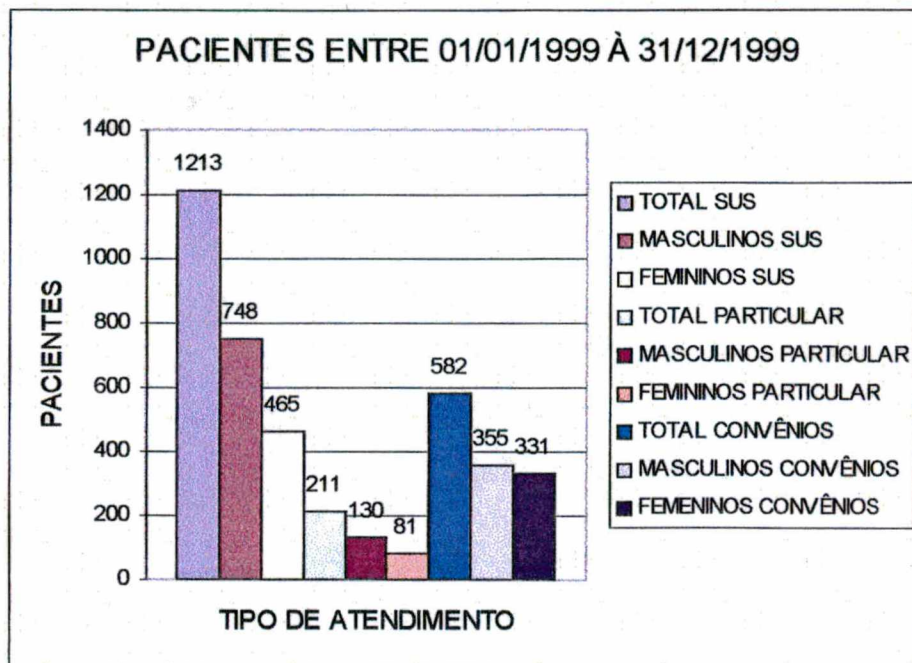


Gráfico 6 – Pacientes entre 01/01/2000 a 31/12/2000

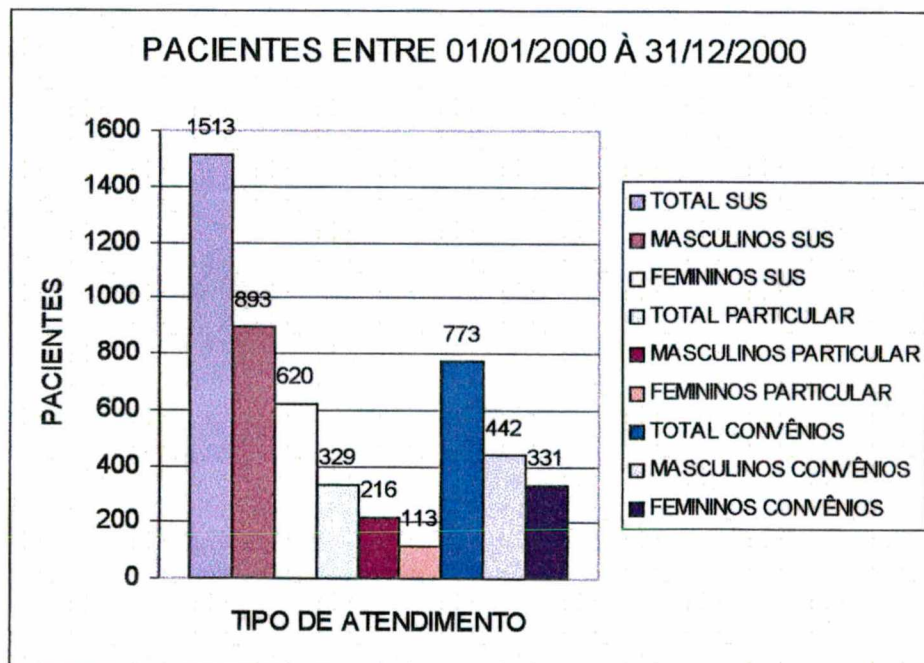


Gráfico 7 – Total Mensal de Angioplastia e Angioplastia e Stents em 1997

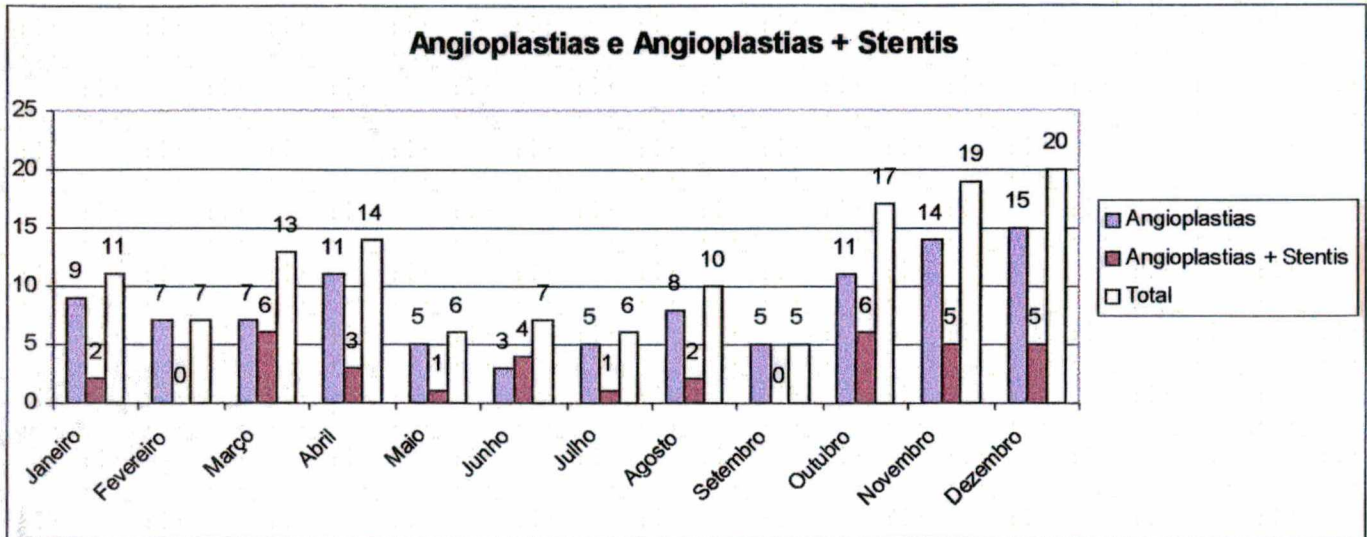


Gráfico 8 – Total anual de Angioplastia e Angioplastia e Stents em 1997

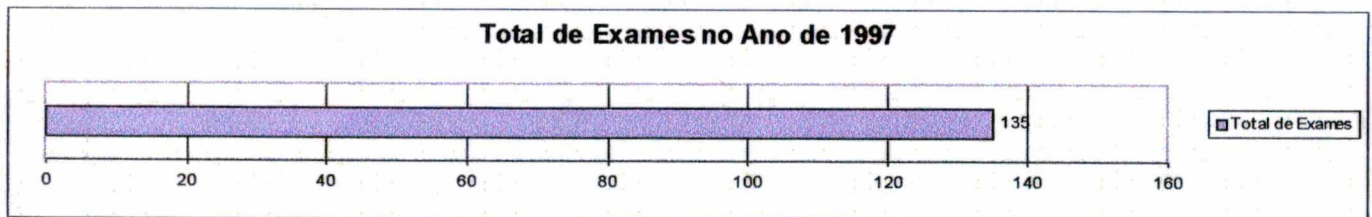


Gráfico 9 – Total Mensal de Angioplastia e Angioplastia e Stents em 2000

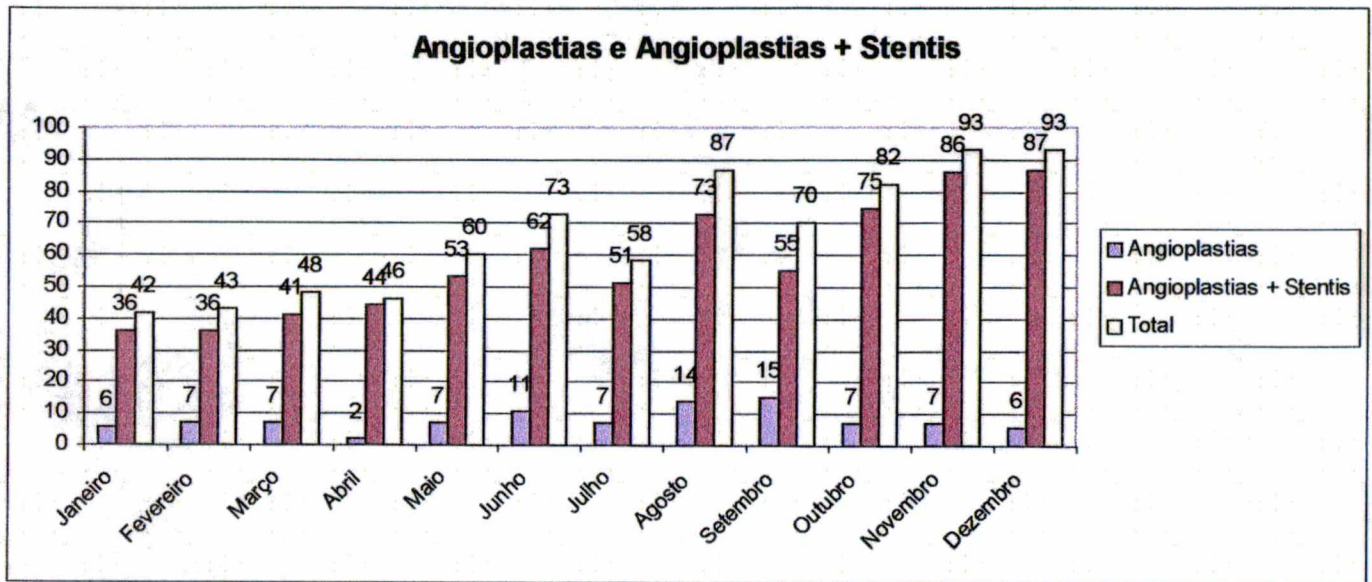


Gráfico 10 – Total anual de Angioplastia e Angioplastia e Stents em 2000

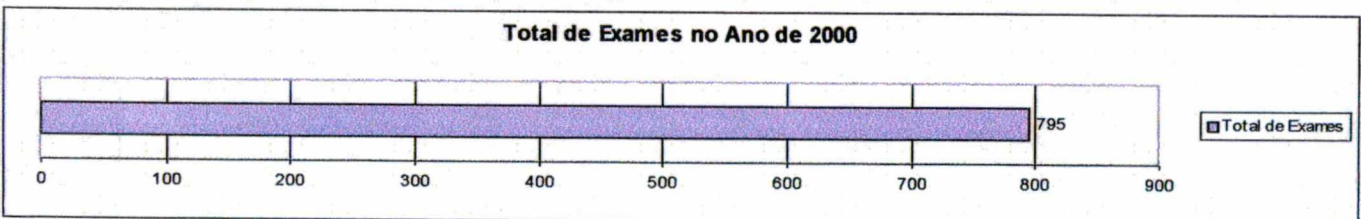
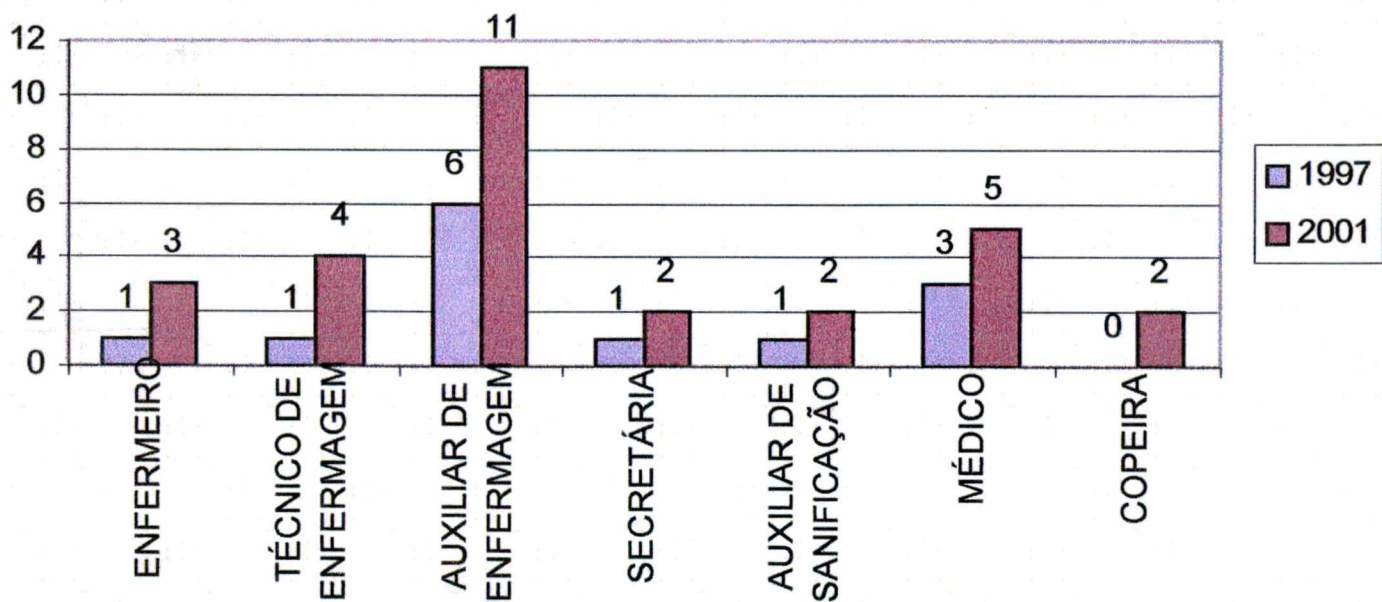


Gráfico 11 – Total de Funcionários no ano de 1997 e 2000

EQUIPE DA HEMODINÂMICA





CIHSVP