



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Moelisa Queiroz dos Santos

**A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA:
convivendo com os sentimentos no cotidiano do Cuidado**

**Salvador
2006**

UFBA

EE

MOELISA QUEIROZ DOS SANTOS
A Enfermagem e o paciente com dor torácica:
Convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado

2006

Moelisa Queiroz dos Santos

**A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA:
convivendo com os sentimentos no cotidiano do Cuidado**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA como requisito para obtenção do grau de mestre, na área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Orientador Prof. Dr. Álvaro Pereira

**Salvador
2006**

UFBA – Biblioteca da Escola de Enfermagem

S237

Santos, Moelisa Queiroz dos

A enfermagem e o paciente com dor torácica: convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado. Salvador:EEUFBA,2006.

72f. + anexos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) EEUFBA,2006.

Orientador: Prof. Dr.Álvaro Pereira

1. Enfermagem em cardiologia 2.Dor torácica. 3. Relação enfermeiro paciente 4. Enfermeiro – emoções I. Título

CDU:616.12-083

Moelisa Queiroz dos Santos

A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA: convivendo com os sentimentos no cotidiano do Cuidado

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-UFBA, como requisito para obtenção do grau de mestre, na área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Aprovada em 29 de dezembro de 2005

Prof. Dr. Álvaro Pereira _____

Doutor em Enfermagem,
Professor da Escola de Enfermagem da UFBA.

Profª Drª Valmira dos Santos _____

Doutora em Enfermagem,
Professora da Escola de Enfermagem da UNIT.

Profª Drª Josicélia D. Fernandes _____

Doutora em Enfermagem,
Professora da Escola de Enfermagem da UFBA

“Sei que meu trabalho é uma gota no oceano. Mas sem ele, o oceano seria menor”.

Madre Tereza de Calcutá

*Dedico este trabalho a minha família,
que demonstrou compreensão, carinho
e paciência durante o processo de
construção deste estudo, em especial a
minha mãe Isa Maria pelo amor
dedicado em toda a vida.*

*Ao prof. Dr. Álvaro Pereira, pela
compreensão, disponibilidade,
motivação e auxílio nos momentos de
angústia e com seu conhecimento fez-
me conhecer os caminhos da
sensibilidade, direcionando os passos
para a construção desta dissertação.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A todas as flores com quem compartilho o mesmo jardim, em especial aquelas que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento dessa dissertação;

A profa. Dra. Valmira dos Santos pela luz trazida na *Teoria dos Sentimentos*;

A profa. Dra. Fernanda Mussi pela disponibilidade, reconhecimento e incentivo, pelas contribuições durante o processo de qualificação;

A profa. Dra. Josicélia Dumet, pela grande contribuição durante o processo de qualificação;

Aos amigos Emerson e Ana Carina pelos momentos de cumplicidade, carinho e descontração vividos durante o curso de Mestrado;

Ao prof. Dr. José Lucimar Tavares, sempre presente nos meus caminhos em pesquisa;

Ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem e todos os seus membros, pela seriedade, competência e compromisso com conhecimento, contribuindo para formação de um Cuidado mais humano.

RESUMO

A percepção do processo psicoafetivo exige uma abordagem integral do enfermeiro, através envolvimento, sensibilidade e compromisso com o outro em quanto ser humano. O trabalho teve como objetivos conhecer a percepção da(o)s enfermeiras(o)s sobre as emoções dos pacientes com dor torácica na vivência de trabalho em unidades de tratamento intensivo de cardiologia e identificar nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com dor torácica, em unidades especializadas em cardiologia, aqueles relacionados às necessidades emocionais. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em um hospital filantrópico da Cidade de Salvador-Ba, durante o segundo semestre de 2005. Utilizou-se como técnica para a coleta de dados a História Oral Temática e a entrevista semi-estruturada gravada. Os dados foram categorizados através da análise de conteúdo temática e teve como referencial a *Teoria dos Sentimentos* de Heller (1993). Os discursos de onze enfermeiros foram agrupados em seis grandes temas: **o trabalho em cardiologia**, identificando o fascínio tecnológico como influenciador na escolha pela cardiologia e a satisfação profissional relacionada ao status inerente ao domínio de tecnologias, e ainda o conflito entre as dimensões objetivas e subjetivas que envolvem o “emaranhado tecnológico”; **a dor e angústia**, reconhecendo a dor torácica como do tipo opressiva, de forte intensidade e angustiante, relacionando as diversas formas de manifestação da dor com os determinantes sociais, em destaque as diferenças na expressão entre os gêneros; **os sentimentos de quem cuida**, revelando o comportamento do enfermeiro direcionado para o não envolvimento enquanto relação humana, valorizando as ações instrumentais, mesmo diante de alguns sentimentos que vivencia durante a dor do outro; **percepção dos sentimentos pelos enfermeira(o)s**, foram citados como manifestações mais frequentes dos sentimentos as expressões faciais de dor e medo, além de modificações na fala e atitudes corporais; **sentimentos relacionados ao momento da dor**, foram relacionados de acordo com a classificação de Heller (1993): o medo da morte vinculado ao comprometimento cardíaco, a ansiedade relacionada ao risco de vida e à indefinição do que pode vir a acontecer diante de um problema no coração; **cuidando dos sentimentos**, destacam os cuidados de enfermagem que estão direcionados a atender as necessidades emocionais do paciente com dor torácica: Deixar o paciente informado sobre o que está acontecendo com ele, o seu prognóstico, ações que serão desenvolvidas, possibilidades terapêuticas e diagnósticas, além do conhecimento das limitações e condução da vida após o evento coronariano. Assim o caráter comunicativo do cuidado se destaca dentre todas as ações e para isto faz uso do diálogo e também do modo não verbal - o toque. Os pressupostos do estudo foram comprovados com a análise dos dados: os enfermeiros reconhecem a importância do atendimento das necessidades emocionais na medida em que atribuem como valor entre nove e dez para o grau de importância, a tecnologia continua sendo a prioridade das ações de enfermagem e em algumas situações as relações intersubjetivas continuam sendo delegadas ao plano secundário dos cuidados de enfermagem, embora sejam identificadas como a ação mais efetiva no atendimento às necessidades emocionais.

Palavras chave: 1. Enfermagem em cardiologia 2. Dor torácica. 3. Relação enfermeiro-paciente 4. Enfermeiro – emoções

ABSTRACT

The perception of the trial psicoaffective demand an integral approach of the nurse, requires involvement, sensibility and commitment with another in as much as be a human. The work had like objectives know the perception the about the emotions of the patients with thoracic pain in the experience of work in units of intensive handling of cardiology and identify us take care of nursing lent to the patients with thoracic pain, in units specialized in cardiology, those related to the emotional needs. Treats-itself of a descriptive, qualitative study, developed in a philanthropic hospital of the City of Salvador-Ba, during the second semester of 2005. Utilized itself as technique for the collects of facts the Thematic Oral History with the use of interview is structured recorded. The facts were categorized across of the analysis of thematic content, understanding his three phases, subsequently submitted the analysis having like referential the Theory of the Feelings of Heller (1993). The talks of eleven nurses were grouped in six big subjects: **the work in cardiology**, identifying the fascinating technological as influenced in the choice by the cardiology and the professional satisfaction related to the inherent status to the domain of technologies, and still the conflict between the subjective and objective dimensions that involve the “entangled technological”; **the pain and anguish**, recognising the thoracic pain like of the oppressing kind, of fortress diverse forms of manifestation of the pain with the social determinants, in highlight the differences in the expression between the kinds; **the feelings whose take care**, revealing the behavior nurse directed for the not human relation while involvement, valuing the even faced with some, instrumental actions feelings that the pain of another, feel the need will give to maintain the auto-control; perception of the feelings by the, feelings the facial manifestations of pain and fear, in which they the look, beyond modifications in the speaks and corporal attitudes; **feelings related to the moment of the pain**, were related according to the classification of Heller (1993) : the fear of the death linked to the cardiac compromise, to the anxiety related to the risk of life and to the undefining than it can come happen faced with they take **care of nursing** that are directed it attend the emotional needs of the patient with thoracic pain : Leave the patient informed about what is happening with him, their prognostic, actions that will be developed, therapeutic possibilities and diagnostics, beyond the knowledge of the limitations and conduction of the life after the coronary event . Like this the communicative character of him take care is detached in which all the actions and for this does use of the dialogue and also of the not verbal way - the touch. The budgets of the study were verified with the analysis of the facts: the nurses recognize the importance of the service of the emotional needs in the measure in that attribute like value between nine and ten for the rank of importance, the technology continues being the priority of the actions of nursing and in some situations the intersubjectives relations continue being delegated to the secondary plan of him take care of Cash in the service to the emotional needs.

Key Works: 1. Cardiology Nurse's 2.Thoracic pain. 3. Patient-nurse relation 4. Nurse – emotions

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A DOR	16
2.1. A DOR TORÁCICA	18
3. BUSCANDO AS INTERFACES ENTRE O CUIDADO HUMANIZADO E O TECNOLOGIZADO	21
3.1. A INTERSUBJETIVIDADE DO CUIDADO E A RAZÃO SENSÍVEL	24
4. A FUNDAMENTAÇÃO NA ‘<i>TEORIA DE LOS SENTIMIENTOS</i>’	29
4.1. SENTIMENTOS IMPULSIVOS	31
4.2. OS AFETOS	32
4.3. SENTIMENTOS ORIENTATIVOS	33
4.4. EMOÇÕES	35
4.5. CARÁTER EMOCIONAL E A PERSONALIDADE EMOCIONAL	36
5. TRAJETO METODOLÓGICO	38
5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	38
5.2. A HISTÓRIA ORAL	39
5.3. CAMPO DE ESTUDO	40
5.4. SUJEITOS DO ESTUDO	41
5.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
5.6. COLETA DE DADOS	42
5.7. O INSTRUMENTO	43
5.8. O PRÉ-TESTE	43
5.9. ANÁLISE DOS DADOS	44
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
6.1. O TRABALHO EM CARDIOLOGIA	46

6.2. DOR E ANGÚSTIA	48
6.3. OS SENTIMENTOS DE QUE CUIDA	53
6.4. A PERCEPÇÃO DAS EMOÇÕES PELOS ENFERMEIROS	55
6.5. SENTIMENTOS RELACIONADOS COM O MOMENTO DA DOR	58
6.6 CUIDANDO DOS SENTIMENTOS	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O avanço econômico vivido a partir do século XIX propiciou uma diminuição importante da mortalidade materna e por doenças infecto-contagiosas como a tuberculose, a pneumonia e a diarreia. Com o aumento da expectativa de vida, a exposição aos fatores de risco para as doenças coronarianas se tornou mais intensa. Somente após a Segunda Guerra Mundial, por volta de 1960, as doenças do aparelho circulatório se firmaram como a principal causa de morte nas capitais brasileiras (LOTUFO,1996).

Ainda hoje, a doença cardiovascular consiste numa importante causa de mortalidade no mundo inteiro, principalmente devido a mudanças nos hábitos de vida, com o uso de produtos industrializados, com o tabagismo, a urbanização e o sedentarismo; nas últimas décadas, porém, segundo Santos (2001), houve, nos países desenvolvidos, um progressivo declínio da taxa de mortalidade, contrariamente ao que vem ocorrendo nos países subdesenvolvidos, onde o índice de mortalidade por doenças cardiovasculares permanece em crescimento.

A extensão territorial do Brasil bem como sua diversidade socioeconômica e cultural têm influenciado, de forma significativa, no perfil de saúde-doença de cada região. Mas as doenças cardiovasculares são, entre todas as causas, a principal causa de morbimortalidade em todas as regiões do país (SANTOS,2001).

Santos *et al* (2001), em um estudo baseado nas informações do programa DATASUS do Ministério da Saúde, analisaram a tendência de mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil e concluíram que o risco para esta patologia ainda se mantém alto em todo o país, acompanhando a tendência mundial: índices em queda nas regiões mais desenvolvidas e em ascensão nas menos desenvolvidas.

No entendimento de Mansur (2000), a progressiva redução da mortalidade por Insuficiência Coronariana (ICO) no Brasil, em especial nas regiões mais desenvolvidas, sendo ainda, contudo, alta a sua prevalência, deve-se à melhoria das condições socioeconômicas e ao controle dos fatores de risco. Ademais, o autor considera que o maior conhecimento da fisiopatologia da ICO também permitiu progressos no tratamento cirúrgico, farmacológico e nas técnicas de reperfusão coronariana, influenciando no aumento da sobrevida e na redução da mortalidade intra-hospitalar.

Mesmo que de forma muito precária na rede pública, tendo que enfrentar, freqüentemente, longas filas para receber atendimento, um maior número de pessoas

consegue, atualmente, ter acesso a um serviço especializado de cardiologia. Nas regiões urbanas, principalmente em hospitais privados, o indivíduo já pode contar com unidades equipadas com tecnologia de ponta para o tratamento das doenças coronárias e com profissionais altamente qualificados: Unidade de Dor Torácica (UDT), Unidade Coronariana (UCO) e Unidade de Tratamento Intensivo Cardiovascular (UCV).

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA), de acordo com Bassan (2000), manifesta-se principalmente por dor torácica, havendo ou não outros sintomas associados. A evolução clínica da SCA pode apresentar complicações graves como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), isquemia refratária ou necessidade de revascularização de urgência, que, quando não solucionadas no tempo necessário e de forma adequada, podem levar o indivíduo à morte.

O trabalho das enfermeiras nessas unidades de alta complexidade exige um conhecimento técnico apurado, principalmente no atendimento de pacientes com diagnóstico de doença coronariana. Para Meltzer (2001) os principais objetivos do trabalho das enfermeiras que atuam com estes pacientes são evitar complicações e devolver-lhes a sua máxima capacidade funcional, tanto física quanto emocional. A autora determina como responsabilidade dos enfermeiros: avaliação contínua do estado clínico do paciente por meio de monitorização hemodinâmica e eletrocardiográfica; observação à beira do leito; detecção da presença de complicações; tratamento de emergência e ressuscitação; conhecimento e acompanhamento de procedimentos diagnósticos; apoio emocional; coleta e registro dos dados; atividades educativas.

Dentro das unidades hospitalares, o paciente é visto, com frequência, apenas como uma patologia a ser tratada, e o objetivo do trabalho profissional de enfermagem tem-se restringido ao aperfeiçoamento das tecnologias para a cura, e não para o cuidado, que é o ideal da profissão. O cuidado ultrapassa os limites da cura, que se destina apenas à eliminação da doença. O cuidado com o paciente é definido por Leninger (1988) como “fenômenos relacionados com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou por outro indivíduo (ou grupo), com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição ou vida humana”. Nesse sentido, para esta autora a cura pressupõe o cuidado, mas este não depende daquela (GEORGE, 1993).

A presença de equipamentos e de processos tecnológicos exerce fascínio e influência sobre todos que prestam cuidados, levando-os, com frequência, a privilegiarem a técnica em detrimento de outras dimensões do ser humano. O domínio tecnológico é fundamental quando a vida do paciente está em risco; um suporte avançado de tratamento coronariano é, por exemplo, indispensável. Não devem ser a doença e a tecnologia, entretanto, o foco de atenção

do profissional de saúde, e, sim, o ser humano que necessita de cuidados. A supervalorização do contexto tecnológico no tratamento de pacientes sob cuidados intensivos pode acarretar um distanciamento do enfermeiro em relação ao doente, o que descaracterizaria o objetivo principal das ações de enfermagem — o cuidado.

Segundo Casate (2005), humanizar o cuidado é valorizar a afetividade e a sensibilidade, construindo umas relações saudáveis com o paciente, compartilhando saber, poder e experiência vivida. Num cuidado humanizado, é necessário muito mais do que o atendimento às necessidades fisiológicas do dia-a-dia. O cuidado envolve a percepção do sofrimento do paciente e também dos seus familiares, o auxílio à pessoa doente e à sua família nas horas mais difíceis de dor, de perda, sobretudo no caso de uma doença que afeta o coração, um órgão que simboliza a vida.

O contato do enfermeiro com o paciente, à beira do leito, favorece um relacionamento de proximidade e confiança entre eles, permitindo a detecção de eventos que venham interferir na recuperação do doente, incluindo os aspectos emocionais, que podem desencadear respostas fisiopatológicas do aparelho cardiovascular ou efeitos semelhantes. Alguns valores socioculturais não podem ser ignorados: o coração recebe a conotação simbólica de uma máquina que abriga a vida e os sentimentos humanos.

Durante a graduação, no desenvolvimento de estágios curriculares e extracurriculares em unidades de cardiologia, ainda sem muito contato com a unidade de tratamento intensivo e muito preocupada com o desempenho técnico do enfermeiro na prevenção de complicações, acompanhei os pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, experiência que resultou na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, intitulado: *Cirurgias Cardiovasculares - Complicações no Pós-Operatório Imediato* (SANTOS, 2001).

Atuando como enfermeira assistencial de Unidade Coronariana e Unidade de Dor Torácica, a competência técnica deixou de ser o principal foco do meu trabalho, passei a identificar que as emoções estavam presentes, de forma ainda mais intensa, na dor dos pacientes e que a maioria dos profissionais, na sua rotina de trabalho, pouco dava atenção a elas. Comecei a compreender que um silêncio, uma lágrima ou um sorriso poderiam significar um pedido de ajuda ou até mesmo uma forma de dizer que era preciso mais do que técnica. Muitas vezes, o que não se manifestava verbalmente era visto através da pressão arterial descontrolada, das diversas formas de alteração da frequência e ritmo cardíaco, da precordialgia recorrente, da impaciência com a equipe, entre outros sinais.

A percepção, além do que a tecnologia pode revelar por meio da monitorização multiparamétrica e seus alarmes, passou a ser um dos meus objetivos de cuidado, o que me despertou o desejo de estudar como os enfermeiros convivem com os sentimentos no seu cotidiano de trabalho, em especial quando cuidam de pacientes com dor torácica.

Para maior compreensão do cotidiano do enfermeiro que trabalha em unidades especializadas de atendimento ao paciente cardiológico, acredita-se que ainda se faz necessário saber como ele cuida do paciente com dor torácica e se para estes profissionais os sentimentos do indivíduo cuidado são valorizados. Neste sentido, questiono: **Como os enfermeiros percebem os sentimentos do paciente que sente dor torácica e cuidam deles?**

Com base na experiência de enfermeira assistencial de cardiologia, parte-se do pressuposto de que o enfermeiro, apesar de reconhecer a importância do atendimento às necessidades emocionais dos pacientes, dá, no conjunto das suas ações cotidianas, pouca ou nenhuma atenção a elas, concentrando suas ações no manuseio rigoroso da tecnologia, atribuindo ao cuidado não técnico um caráter secundário. O cuidado humano — fundamental para o reequilíbrio físico, emocional e espiritual — é preterido nesse processo de cuidar/cuidado.

Na busca pelo atendimento humanizado, espera-se, com o trabalho que ora se apresenta, contribuir com um diagnóstico sobre a situação das intervenções na dimensão psicosocial e estabelecer análises que possam colaborar para o redirecionamento das práticas de enfermagem nas unidades especializadas de cardiologia, tendo em vista a importância do desenvolvimento e aperfeiçoamento do enfermeiro na área relacional.

A relevância deste estudo justifica-se pelo fato de que é necessário conhecer e compreender o que os enfermeiros consideram importante no atendimento ao paciente com dor torácica e como estes profissionais lidam com os sentimentos neste contexto. É possível que tal conhecimento e compreensão favoreçam o desenvolvimento de um cuidado efetivamente mais humanizado, buscando minimizar os possíveis efeitos danosos das emoções sobre a evolução do quadro clínico.

Nessa perspectiva, foram estabelecidos para este estudo os seguintes objetivos:

1. Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os sentimentos dos pacientes com dor torácica, na vivência de trabalho em unidades de tratamento intensivo de cardiologia.
2. Identificar, nos cuidados de enfermagem prestados, em unidades especializadas em cardiologia, aos pacientes com dor torácica, aqueles relacionados às necessidades emocionais.

Este trabalho foi dividido em cinco capítulos: o primeiro capítulo consiste numa breve reflexão introdutória sobre a dor; o segundo busca as interfaces entre o cuidado humanizado e o tecnologicado; o terceiro trata da '*Teoria de los Sentimientos*'; o quarto, da metodologia, e o quinto, da análise dos dados e dos resultados da pesquisa.

2. UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A DOR

Somente nos dois últimos séculos, a dor passou a ser estudada mais profundamente e hoje é mundialmente definida pela Associação Internacional para Estudo da Dor (1993) como “uma experiência desagradável, sensitiva ou emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal lesão...”.

Brawn e Brawn Filho (2004) entendem a dor como uma conseqüência sensorial imediata da ativação do sistema nociceptivo, traduzindo-se em um pedido de socorro, uma espécie de alarme desencadeado pelos sistemas protetores do indivíduo. Estes autores destacam dois importantes componentes da dor: 1) componente nociceptivo ou sensorial, que compreende a sensação dolorosa, conseqüência da transmissão dos estímulos lesivos pelas vias nervosas até o córtex cerebral; 2) componente afetivo ou reativo, que modela o conhecido sofrimento associado à dor, relacionando-a com a causa, o momento e a experiência do paciente, que podem variar em razão da sua relação com numerosos fatores psicológicos, os quais podem modificar a sensação dolorosa.

A dor não pode ser entendida, desta forma, apenas como uma alteração biológica; ela envolve aspectos multidimensionais, sofrendo influência das relações socioculturais e afetivas de cada indivíduo, o que a torna uma experiência subjetiva. Para Sarti (2001) não apenas o sentimento, mas também a expressão da dor são regidos por códigos culturais, constituídos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos, que, por sua vez, constituem-se numa forma de linguagem.

De acordo com a forma de manifestação, Pimenta (1998) classifica a dor em aguda ou crônica. Relaciona a dor aguda a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, geralmente desaparecendo após a cura da lesão, cuja delimitação têmporo-espacial é precisa, ocorrendo respostas neurovegetativas associadas, no sentido de alertar o organismo sobre a agressão, como, em caso de taquicardia, a hipertensão, a ansiedade e a agitação interligadas. A dor crônica, por outro lado, não desaparece após a cura da lesão nem funciona como sinal de alarme para o organismo, raramente ocorrendo respostas neurovegetativas associadas ao quadro algico; ela se apresenta mal limitada no tempo e no espaço e freqüentemente pode ter, como resposta emocional, ansiedade e depressão.

Biologicamente, o estímulo doloroso se processa no sistema nervoso, que funciona percebendo variações e estímulos ambientais, fazendo sua análise e organizando respostas de ordem física e psíquica para lidar com a situação deparada.

Márquez (2004) e Pimenta (1998), considerando a fisiologia, afirmam que o estímulo doloroso é transformado em potencial de ação do nervo sensitivo, captado periféricamente pelos receptores para dor (nociceptores). O processo de transdução sofrido pelo estímulo doloroso nos nervos periféricos provoca a liberação de substâncias químicas conhecidas como algogênicas (prostaglandinas, citocininas, histaminas, leucotrienos etc.). Tais substâncias excitam as terminações nervosas livres, chamadas nociceptores, gerando potencial de ação e despolarizando a membrana neuronal, de modo que o impulso elétrico é conduzido pelas fibras nervosas até o cordão medular. Chegando à medula espinhal, a informação dolorosa é levada para o tronco cerebral, tálamo, estruturas do sistema límbico e áreas corticais, por meio de fibras aferentes organizadas nos feixes ascendentes, principalmente o neoespinalâmico (sensibilidade do tipo discriminativa, neurossensorial) e o polioespinalâmico (dimensão afetiva). Diversos neurotransmissores estão envolvidos na transmissão da informação dolorosa ao sistema nervoso central, entre eles a substância P, ácido aspartâmico e glutâmico.

Em linhas gerais, entende-se que,

(...) no sistema reticular do tronco cerebral, são atribuídas as respostas de fuga ou ataque que estão presentes nos quadros dolorosos; no tálamo a informação dolorosa é localizada espacialmente e projetada em estruturas do sistema límbico e cortical. Das conexões do impulso doloroso com estruturas do sistema límbico é atribuído a dor o caráter emocional de sofrimento, além de desagradável. Esta ampla representação da dor (...) resulta na interpretação completa do fenômeno doloroso nos seus domínios sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo e na ampla gama de respostas envolvidas neste processo. (PIMENTA, 1998, p.287)

Existe um sistema descendente, segundo Márquez (2004), que interfere no limiar da dor, chamado Sistema Supressor de Dor, que é capaz de interferir nas estruturas do corno posterior da medula, levando à modulação da dor. Este sistema, conforme Pimenta (1998), é continuamente ativado por estímulos discriminativos, que alcançam o sistema nervoso central durante as atividades de vida diária, pela dor e por aspectos emocionais e cognitivos, ainda desconhecidos. A dor advém do desequilíbrio entre os sistemas nociceptivo e supressor de dor. Nesse sentido,

Cada indivíduo define a dor a partir das suas experiências traumáticas anteriores. Sem dúvida, trata-se de uma sensação em uma ou mais partes do corpo que é sempre desagradável e, conseqüentemente, supõe uma experiência emocional. Estudos recentes demonstram que a dor é uma experiência emocional, tem origem num estímulo físico e sempre é modificado pela mente, tendo Aristóteles a definido como o 'estado da alma'. Não devemos isolar a dor do paciente. A falta de esperança, a ansiedade, a incerteza da trajetória fazem com que o sofrimento da

pessoa seja total e influencie, decisivamente, na intensidade da dor. (ARRUDA, 1997, p.176)

O conhecimento da fisiologia da dor facilita a compreensão das emoções envolvidas no processo. A passagem do estímulo doloroso pelo sistema límbico é responsável, segundo Campos (1992), pela mediação do processo emocional. A forma como o indivíduo expressa sua dor para o profissional de saúde engloba valores socioculturais, exigindo uma análise profunda e multidimensional por parte de todos que estão envolvidos no processo de cuidado e cura.

A avaliação da dor — sua origem e magnitude para o indivíduo — é significativa para que se possam implementar medidas analgésicas adequadas. Assim, a dor deve ser investigada de acordo com a sua localização, tipo, duração, frequência, sintomas associados, fatores desencadeantes, agravantes e atenuantes. Para Pimenta (1998, p.288) devem ser considerados ainda “os fatores que concorrem para sua manifestação, a exemplo do estado emocional do doente, além dos aspectos da história familiar relacionados à expressão e manejo da dor, e também as atitudes, crenças e valores do doente e da família frente ao quadro algico”.

2.1. A DOR TORÁCICA

A dor torácica é a mais freqüente manifestação da Síndrome Coronariana, e a sua avaliação deve ser prioritária desde a sala de emergência, para que as doenças de maior morbimortalidade sejam rapidamente identificadas. Segundo Bassan (2000), destacam-se como principais causas da dor torácica: o infarto agudo do miocárdio e a angina instável, a dissecação aguda da aorta e a embolia pulmonar. A dor torácica é caracterizada conforme sua causa e localização.

Bassan (2000) descreve os mecanismos regionais de dor torácica, classificando-a em: dor com origem na parede torácica; dor com origem nos pulmões e pleura; dor com origem no coração e pericárdio; dor de origem esofágica e de fontes gastrintestinais; dor de origem psicopatológica.

Estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de investigar as manifestações da SCA e a melhor forma de estabelecer diagnósticos diferenciais. O CASS (Coronary Artery

Surgery Study) (1981) *apud* Bassan (2000) apresentou uma classificação de dor torácica voltada para o diagnóstico da doença coronária, que é dividida em quatro tipos: definitivamente anginosa, provavelmente anginosa, provavelmente não anginosa e definitivamente não anginosa.

A dor torácica *definitivamente anginosa*, de acordo com o CASS (1981) *apud* Bassan, (2000), é definida como dor/desconforto retroesternal ou precordial, geralmente precipitada pelo esforço físico, que pode irradiar para a mandíbula, ombro ou face interna do braço, com duração de alguns minutos; é aliviada pelo repouso ou uso de nitrato em menos de dez minutos. A dor *provavelmente anginosa* é caracterizada como aquela que tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa. A dor *provavelmente não anginosa* tem poucas características da dor definitivamente anginosa, e a dor *definitivamente não anginosa* não tem nenhuma das características da dor anginosa, principalmente com relação ao esforço físico.

Panju *et al* (1998) e Hutter *et al* (2000) *apud* Bassan (2000) descrevem a dor torácica na Síndrome Coronariana Aguda como uma dor, ou desconforto, ou queimação, ou sensação opressiva localizada na região precordial, ou retroesternal, com irradiação para ombro e/ou braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula, acompanhada freqüentemente de sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia.

A dor torácica de origem cardíaca é causada por redução importante e súbita do fluxo arterial coronariano, que pode evoluir para estados de gravidade variados, que incluem o infarto agudo do miocárdio e morte súbita, exigindo de todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado e cura não só pronto atendimento das complicações como também discernimento na implementação de ações, evitando aquelas que possam desencadear a dor e suas complicações.

A internação hospitalar em unidades especializadas, como as UCVs e UCOs, decorrente da dor torácica, pode também desencadear sofrimento emocional, o que para Araújo (2003) está vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, da depressão e da angústia. Sensações consideradas potencializadoras de muito estresse e geradoras de ansiedade são capazes de comprometer o quadro clínico instalado, podendo não só agravar o prognóstico como também dificultar o sucesso do plano terapêutico assistencial adotado, pois a dor e a doença não se separam do seu significado.

Márquez (2004) defende que a emoção torna a dor uma experiência multidimensional, complexa e subjetiva, particular de cada indivíduo, pois ela sofre influência das dimensões sensoriais, afetivas, interpretativas e comportamentais.

Os profissionais que cuidam do doente com dor interferem decisivamente no campo de significações que constituirá para ele esta experiência. A forma como quem cuida reage diante da dor e das suas manifestações influenciará na própria reação do paciente ao tratamento, porque se está diante de uma relação em que se enfrentam dois mundos de significação, o do profissional de saúde e o do paciente e sua família, ambos qualificando esta experiência, ainda que de formas e perspectivas diversas.

Campos (1992) destaca que as emoções são fenômenos sentidos como internos e exteriorizados sob forma de sinais somáticos ou comportamentais. Afirma ainda que o Sistema Límbico, onde se inclui o hipotálamo, que coordena as diversas funções neurovegetativas, inclusive as funções cardiovasculares, é considerado como a sede das emoções. Desta forma, as situações de ansiedade — no caso aqui tratado geradas pela dor torácica, pela simbologia do coração e pelo internamento nas unidades especializadas — podem estimular, por meio do hipotálamo, a liberação de catecolaminas e corticosteróides; o efeito destas substâncias sobre o aparelho cardiovascular mostra-se significativo, haja vista a elevação da frequência cardíaca e da pressão arterial, o aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigênio e da excitabilidade cardíaca, alterações na atividade plaquetária, entre outros. Para o autor a exposição, por tempo prolongado, a esses fatores pode provocar arritmias, aterosclerose coronária, isquemia ou necrose miocárdica e insuficiência cardíaca.

3. BUSCANDO AS INTERFACES ENTRE O CUIDADO HUMANIZADO E O TECNOLÓGICO

As reflexões sobre o cuidar/cuidado e suas implicações no processo de saúde e doença vêm-se constituindo numa preocupação constante dos enfermeiros. Segundo Benner (1989) apud Arruda (1997), o cuidado é um processo mais complexo do que a cura. É importante estabelecer as diferenças entre cuidar, cuidado e cuidado profissional de enfermagem. Veja-se:

Cuidar inclui atos facilitadores de melhoria da condição humana; cuidado engloba as atividades que requerem habilidade e afeto, e cuidado profissional de enfermagem inclui aqueles comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas e processos para melhorar ou manter a saúde no viver ou morrer (LENINGER apud ARRUDA, 1997, p.158).

Waldow (1998) considera que o cuidado deve ser entendido como um conjunto de comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas pela equipe de enfermagem no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Entende-se o cuidado como razão existencial da enfermagem, devendo ele ser realizado de forma profissional, permitindo que o processo de cuidar seja uma relação de troca entre quem cuida e quem é cuidado. A humanização precisa de ser fomentada por meio de ações voltadas para o indivíduo, considerando seus aspectos biológicos, psicossociais, espirituais, e não somente para os procedimentos técnicos e patologias. Cuidar envolve compromisso com o outro, implica ajuda, e, para sua realização, é fundamental:

a) conhecer, ou seja, saber de que o outro necessita e como podemos ajudá-lo nesse processo; b) compreender que não podemos cuidar apenas por hábito mas, sim, que devemos ser capazes de aprender a partir de experiências anteriores, mantendo ou modificando nosso comportamento de modo a poder aprimorar a forma de ajuda, identificando-nos naquele determinado momento ou situação devemos ‘recuar ou avançar’; c) ter paciência para deixar o outro crescer em seu próprio ‘ritmo’ e ‘maneira’, criando possibilidades para o outro e para a própria pessoa que cuida; d) ter confiança e coragem para confiar, deixando o outro livre para arriscar-se de acordo com a sua própria capacidade; e) ter humildade, dispondo-se a aprender mais sobre e com o outro e sobre si mesmo e sobre aquilo que o cuidado compreende; f) ter esperança, acreditando nas possibilidades enquanto ‘expressão da plenitude do presente, um presente vivo’ e evitando que o desespero aja contra a coragem e interfira na vitalidade do ser; g) ter coragem face a incerteza e a perda de ‘segurança dos pontos de referência familiares’ já que não podemos prever em quem ou em que o outro e nós vamos nos transformar. (MAYEROFF apud ARRUDA, 1997, p.163)

O cuidado técnico destinado aos pacientes em estado crítico e vivenciado nas unidades coronarianas e de tratamento intensivo exige enfermeiros com conhecimento específico, voltado para ações de maior complexidade, alta tecnologia e também para o tratamento efetivo das condições patológicas encontradas. O enfermeiro de unidade especializada precisa investir no aprendizado da manipulação dos equipamentos, buscando rapidez, precisão e qualidade na realização de técnicas e no preparo de drogas novas e de alto custo.

Segundo Barbosa (1999), o ambiente tecnológico impõe muitos desafios para a enfermagem, fazendo-se necessário entender que o uso da tecnologia pode transformar as experiências de percepção humana e, como tal, exige uma habilidade para unificar as dimensões objetivas e subjetivas do processo de cuidar. Walters (1995) diz que o corpo vivido não pode ser deixado de lado, pois as experiências não podem ser tecnologicamente monitoradas.

No que se refere ao mundo da tecnologia avançada, afirma Waldow (1998) que o cuidado humanizado e personalizado freqüentemente vem sendo substituído pelas máquinas. Ações como afago, aperto de mão, oferecimento de apoio e suporte ou mesmo o olhar carinhoso e amigo parecem, assim, não ser mais necessários. A máquina passou a cuidar do paciente, o enfermeiro dedicando-se fundamentalmente ao manuseio dela, em busca de precisão e de agilidade nas respostas às demandas terapêuticas e de resolutividade na cura, esquecendo-se do ser humano à sua beira, no leito.

Paim (1977) entende que a maneira como se atende às demandas emocionais influencia no sucesso das intervenções humanas, pois, quando o paciente tem bem cuidadas as suas emoções, consegue recuperar-se mais facilmente.

Santo (1985) afirma que a importância do enfermeiro no atendimento às necessidades emocionais do paciente consiste na identificação de sinais e sintomas, intervindo e contribuindo efetivamente para o equilíbrio do indivíduo. Para Cordeiro *et al* (1986) o apoio psicológico prestado ao cliente deve ser contínuo e individualizado, feito por meio da escuta, do toque, de orientações e explicações, no intuito de privá-lo de situações geradoras de estresse.

No contexto da cientificidade, são inquestionáveis as contribuições do suporte vital trazido pela tecnologia e o seu reflexo sobre o avanço nas possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Desmistificando o essencialismo da tecnologização pregado pelos profissionais de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, Mussi (2000) chama a atenção para o fato de que este processo se traduz numa assistência despersonalizada, estando o cuidado centrado apenas na tecnicidade e cientificidade, desconsiderando as relações intersubjetivas e

promovendo a racionalização dos sentimentos. A pessoa doente assume, então, o papel de pessoa passiva, incapaz de participar do seu tratamento.

O ambiente hospitalar, em especial as emergências, unidades de cuidados especializados e intensivos, tem-se mostrado agente estressor potencial, devido ao freqüente contato com outros pacientes oscilando entre os estados mais ou menos graves e até à vivência de situações emergenciais e de morte. Tal situação é vista por Koizumi *et al* (1979) como causadora de reações psicológicas como medo, ansiedade, insegurança, sentimentos estes que podem até anular os efeitos benéficos da terapia intensiva. Outro aspecto determinante na recuperação do paciente é o significado do internamento em unidades de tratamento intensivo: imagina-se que, nelas, o paciente está sempre entre a vida e a morte.

A efetividade do cuidado depende da relação entre o enfermeiro e o paciente, a qual deve ser constante, na tentativa de também minimizar os efeitos nocivos da ação tecnológica sobre o indivíduo afetado. Para Arruda (1997) interagir é um ato inerente ao processo de cuidar, e confortar implica a troca de energia, informações, sentimentos, conhecimentos, ações e reações entre seres humanos.

Atender às necessidades e expectativas das pessoas internadas em unidades especializadas é um grande desafio, porquanto encontrar o equilíbrio entre as relações intersubjetivas e a alta complexidade das técnicas invasivas tem-se mostrado uma tarefa desafiadora. Contudo, o enfermeiro deve engajar-se para vencer os desafios que lhe são apresentados, considerando sempre o paciente um ser único, que apresenta fragilidade emocional inerente à percepção da doença como fator de gravidade, ao sentimento da dor e à própria necessidade do cuidado técnico apurado. As máquinas e os procedimentos técnicos não devem superar a relação humana; a tecnologia é para servir de instrumento e não de base no atendimento ao ser humano fragilizado pela doença. O cuidar pode não deixar de ser tecnologizado, mas é imprescindível que ele seja essencialmente humano.

É necessário que o enfermeiro aprofunde seus conhecimentos e refine sua competência relacional; que ele mergulhe nas emoções, angústias e temores do ser doente; que faça brotar os sentimentos, aflorar a compaixão, indo em busca da beleza e valor dos gestos, da energia do toque ou afago no ouvir atento do dito e do não dito, na compreensão e incerteza das palavras poucas. Tal conduta do enfermeiro lhe dá motivação, fá-lo aperfeiçoar a relação com seus parceiros — cliente e colegas —, cultivando a cumplicidade, a parceria, a troca, a solidariedade de base, esta que Maffesoli (1984) denominou *societal*¹.

¹ *Societal* é um termo da microsociologia do cotidiano que pode ser usado para dar destaque às relações interpessoais orgânicas, unidas por uma espécie de “cimento social”, que tem como fundamento o “estar junto

Faz-se necessária a construção de instrumentos que possibilitem ao enfermeiro articular o pensar e o sentir com o fazer, num novo processo de enfermagem que valorize não só o corpo dos doentes, mas, sobretudo, suas emoções. Para tal é necessário um mergulho na subjetividade humana de quem tem dor e de quem construiu, no seu imaginário, uma vida sem doença e a morte como o fim.

3. 1. A INTERSUBJETIVIDADE DO CUIDADO E A RAZÃO SENSÍVEL

O trabalho da enfermagem com ênfase em tecnologias valoriza o ser humano integral, ampliando a adoção/criação de composições tecnológicas adequadas à complexidade vital humana.

Segundo Mandú (2004, p.5.), deve-se criar um espaço relacional que ultrapasse o saber-fazer científico tecnológico, valorizando saberes que se distinguem da universalidade das ciências e técnicas, “como um saber preocupado, ao assistir, com o outro, em sua totalidade”. A Assistência Integral descrita pelo autor reconhece a importância dos contextos, cenários familiares, processos culturais, intersubjetividades, relações de poder, considerando as peculiaridades das necessidades e as perspectivas e interesses dos sujeitos envolvidos.

A intersubjetividade, ou inter-relação, manifesta-se como história relacional vivida, intercomunicação, conhecimento, valores, crenças, emoções, desejos, temores, perspectivas e projetos, ampliando os horizontes da assistência à saúde para além da cura e prevenção, na direção do alívio dos sofrimentos das pessoas (MERHY, 2000).

O cuidado integral não pode ser desconectado da inter-relação entre o enfermeiro e o paciente, uma vez que o propósito dos cuidados de enfermagem não deve ser apenas a cura, mas o auxílio ao indivíduo na sua recuperação e o estímulo à prática do autocuidado, considerando que, segundo Mandú (2004, p.13), os modos de agir e cuidar em saúde não se desvinculam do universo cultural e psico-emocional dos sujeitos. Muito mais do que isso, o enfermeiro deve-se lembrar de que cada indivíduo reage, de modo particular, ao processo de saúde doença, traduzindo valores, projeções e comportamentos associados a emoções e

comigo aqui e agora”. As relações interpessoais orgânicas se opõem às relações tipicamente mecânicas, que se caracterizam por ações racionais designadas pelo termo ‘social’, muito próprias do mundo moderno tecnologicado.

sentimentos que representam um modo sociocultural e psico-afetivo, de acordo com a sua própria vida.

O cuidado é um pacto tácito, que engloba habilidades de afeto, comunicação e aceitação do outro, da sua cultura e valores, muito mais do que o cuidado profissional, que se restringe aos comportamentos cognitivos, às habilidades técnicas para lidar com a saúde no processo de viver ou morrer. A excelência do cuidar caracteriza-se pela comunicação/interação, pela troca de energia, informações, conhecimentos, sentimentos, ações e reações entre seres humanos (ARRUDA; MARCELINO, 1997). O cuidado em enfermagem é uma espécie de compromisso mais profundo que o formal e padronizado pelos profissionais; aquilo que não se encontra nos protocolos da assistência, porque é da dimensão subjetiva e sensível, que implica um compromisso ético-pessoal com aquele com quem se buscou significado nas ações, encontrando-se, além da resposta física, emoção como resultado nas intervenções. O cuidado excelente é, pois, aquele em que, além do atendimento às demandas físicas do ser/cliente, presta-se atendimento às suas demandas emocionais.

O “cuidar bem” requer uma comunicação expressiva, significativa e de compromisso de pessoa a pessoa, é uma relação transpessoal entre paciente-enfermeira que implica manifestar emoções, sentimentos e encontrar significados no encontro, valorizando o que pode ser observado, percebido, sentido e imaginado (RIVEROS, 2003)

Esse cuidado compõe a base dos valores humanísticos, que parecem estar sendo re-significados no conjunto de prioridades e intervenções dos profissionais de unidades intensivas.

O atendimento aos indivíduos nas unidades de tratamento intensivo traz um problema de saúde evidente a ser resolvido, que pode ser desencadeado ou agravado por problemas emocionais, aos quais não se costuma dar muita importância. Muito preocupado em “salvar vidas”, o enfermeiro acaba centrando-se na manifestação biológica e relegando a dimensão psico-afetiva ao segundo plano; porém, na medida em que se pensa num ser humano integral, deve-se entender que :

A dimensão psico-afetiva, que não se descola da biológica e sociocultural, faz parte da história de vida, do desenvolvimento da individualização, e nela se elabora/reelabora. Na construção do eu interior encontram-se sentimentos conscientes e inconscientes, de prazer, satisfação, tristeza, frustração, ressentimento, culpas, necessidades; imagens de si, que modelam a vida, sua produção/reprodução

e modos de nela se colocar, intimamente relacionados aos comportamentos em saúde. (MANDÚ, 2004, p.9)

A relação terapêutica efetiva entre o enfermeiro e o indivíduo que necessita de cuidado só se estabelecerá com a prática de cuidados individualizados que considerem os valores, crenças e significados. Conhecer o que o paciente pensa e sente poderá facilitar o entendimento da relação que ele estabelece com a equipe de saúde, da forma como reage ao internamento hospitalar, de como encara o seu tratamento, bem como da percepção de fatores que sejam agravantes e atenuantes do processo a saúde-doença.

Aproximar-se do indivíduo permitirá ao enfermeiro o planejamento de ações que realmente atendam às necessidades das pessoas envolvidas, para que elas extrapolem o limite da cura, reequilibrando-se plenamente. É preciso que se ultrapasse a barreira estabelecida entre “o profissional dono do saber” e o “paciente” para que o tratamento tenha sucesso.

O primeiro passo para a aproximação entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado é o estabelecimento de um diálogo concretizando a relação intersubjetiva, na medida em que este, como meio tecnológico básico, pode resgatar a dimensão corporal subjetiva.

O diálogo repõe o lugar do aprendizado conjunto, da troca, do contato corporal, da sensibilização, do lúdico, do estético, do ético na mobilização de conhecimentos e práticas mediados pelos componentes afetivo-emocional, físico-corporal e cognitivo, envolvendo ciência e arte. Também o diálogo, em si, é emancipador e deve se constituir não só em um meio mas, ainda, em um fim da prática em saúde, porque valoriza os sujeitos, reafirma outras formas de relação entre poderes distintos, quebra hierarquias e restaura o sentido da totalidade corporal. (MANDÚ, 2004, p.16)

O diálogo, segundo Mandú (2004), estabelece-se na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes na comunicação, nas palavras, no tato, nos gestos. Para ela a palavra não é um mediador exclusivo, deve ser agregada ao não verbal como expressão dos profissionais e clientela. A busca dos significados deve ser um dos objetivos do diálogo estabelecido, cujo grande desafio, segundo a mesma autora, é descobrir onde está o sentido do saber, do sentir e da vivência para o outro, entendendo suas linguagens, valorizando o conhecimento intelectual e afetivo, a intuição e a sensibilidade do outro.

Para vivenciar a completude desse cuidado é necessário aprimorar a sensibilidade muito mais do que as sensações. A sensibilidade foi rechaçada na modernidade porque só poderia ser identificada de modo subjetivo, e, assim, os sentidos foram aprimorados e

instrumentalizados de forma técnica e profissional, passando a ser reconhecidos pelo seu caráter objetivo, mensurável, o que satisfazia o cartesianismo médico, modelo que restringiu a capacidade dos profissionais de avaliar as manifestações subjetivas dos sofrimentos do indivíduo doente, deixando escapar os sentimentos não mensuráveis em detrimento da tradição da clínica, pautada em métodos de inspeção, ausculta, palpação, dentre outros tantos que foram incorporados como prioritários para forjar evidências frente aos sintomas da patologia.

Pereira (1999) considera que, na enfermagem, a expressão da sensibilidade se dá durante o atendimento a necessidades que requerem o *ouvir*, o *sentir*, o *perceber* e o *participar dos problemas e emoções* da pessoa doente. Sem dúvida, são estes os instrumentos de investigação da sensibilidade de que a enfermagem dispõe para estudar as mazelas psico-afetivas da sua clientela, intervindo para solucioná-las.

Para Hall (1987) todo homem pode perceber as mais leves alterações emocionais, por meio da intuição e sensibilidade, que são mais desenvolvidas em uns do que em outros.

A percepção fundamentada na cientificidade é para Santo (1985) uma necessidade crescente da disciplina enfermagem e vem sofrendo influência de vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais.

A sensibilidade se mostra como o elo entre o não dito e o sentido, expressando-se segundo Pereira (1999), pela sensação abstrata ou intuitiva que toca o ser humano. Para usar a sensibilidade como instrumento de cuidado, é preciso considerá-la como “elemento central no ato do conhecimento”, em sintonia com a “sensibilidade social difusa”, pois isto faz parte da experiência do vivido (Maffesoli, 1998, p.189).

Pereira (Op. cit) considera que, na enfermagem, a sensibilidade se desenvolve com o refinamento profissional, no cotidiano, na medida em que a percepção se torna mais apurada e se estabelece uma relação de proximidade com a pessoa que está sendo cuidada. A experiência profissional torna a relação intersubjetiva repleta de emoções. A sensibilidade, então, por meio do toque, da voz, opera transformações, o conhecimento técnico-científico cedendo lugar aos sentimentos.

Compartilhar os momentos de emoção, dor, sofrimento e de vitórias aproxima os sujeitos envolvidos no cuidado e, embora isto não seja valorizado por muitos profissionais que optam pelo ‘não envolvimento’, como muitas vezes é aconselhado no meio acadêmico, parece claro que o sucesso terapêutico não pode ser conseguido de outra forma, esta que

está pautada no valor holístico, na conexão, na interdependência, no respeito a equidiversidade, portanto contempla a razão, a ciência, não se pautando no dualismo, exclusivismo como forma racional. Cuidar na perspectiva da inteireza, implica não apenas conhecer e fazer , mas uma forma que envolva o existir na sua integração e completude, respeitando toda subjetividade, sentimento, mistério, magia, imaginário da vida. O respeito pelo ser. (URASAKI, 2000, p. 126-127)

4. A FUNDAMENTAÇÃO NA ‘TEORIA DE LOS SENTIMIENTOS’

Encontrou-se, na ‘*Teoria de los Sentimientos*’, de Agnes Heller (Heller, 1993), o respaldo teórico para analisar, no processo de cuidar/cuidado do trabalho de enfermagem, os sentimentos envolvidos, fruto das relações do indivíduo enquanto *ser* social, relacionando os sentimentos e pensamentos com a homeostase orgânica, sob uma perspectiva filosófica e socioantropológica.

Heller (1993) considera que a identificação do sentimento se dá conjuntamente com a sua interpretação e compreensão; é fato que o conhecimento não altera a qualidade do sentimento, mas é indispensável para que seja tomada a conduta adequada. Para a autora o processo social vivido durante o desenvolvimento humano é fundamental para o entendimento dos sentimentos, que ocorre antes mesmo da verbalização.

O homem se relaciona com o mundo e os aspectos dessa relação são: interiorização, objetivação, e auto-expressão. As potencialidades do homem se diferenciam e ao mesmo tempo se reintegram, conforme se forma e se desenvolve o sujeito. Durante esse processo de diferenciação e reintegração, o homem aprende a sentir. (...) é fato que o que o homem sinta não é algo adquirido, mas cada sentimento particular está relacionado de algum modo com a aprendizagem, ou é claramente aprendido. (HELLER, 1993, p.144)

Segundo Sawara (2000), atualmente, há grande diversidade no uso dos conceitos de emoção, sentimento e afetividade, mesmo na Psicologia. Uns os consideram como sinônimos, outros distinguem emoção de sentimento, ligando a primeira ao orgânico e ao instinto e a segunda ao racional e ao simbólico. Heller (1993) *apud* Sawara (2000) distingue emoção de sentimento:

a emoção é o afeto que irrompe na relação imediata e é momentânea, breve, centrada em objetos ou imagens que interrompem o fluxo normal da conduta de alguém, provocando modificações corpóreas e comportamentais, facilmente constatáveis. O que não significa que seu conteúdo seja elaborado na situação. Ele tem história, depende da memória e dos outros das relações. Nas emoções do instante, aglutinam-se instantaneamente as frustrações e os desgostos acumulados que a vida nos reservou, que julgamos que ela ainda nos reservará. Sentimento é a emoção sem prazo, com longa duração, que não se refere a coisas (objetos ou idéias) específicas. É o tom emocional que caracteriza a forma como me coloco no mundo. (SAWARA, 2000, p.12)

Heller (1993) concebe os sentimentos como um fenômeno de transformação indispensável ao indivíduo e centrado na consciência, que, por sua vez, é condicionada socialmente. Desta forma, os sentimentos são regulados por costumes e ritos sociais de tal maneira que o maior limite de intensidade aceito e determinado socialmente não deveria superar o limite tolerado pela homeostase biológica, considerando que sempre existe um limite orgânico que varia de um indivíduo para indivíduo. Nessa perspectiva, Vital (1996) afirma que

Somos conscientes da sabedoria do corpo, conhecemos os segredos da homeostasia biológica e observamos, então que os impulsos como a sede, a fome, a dor física nos fazem sentir que a homeostasia biológica interfere muito nesses sentimentos, por mais primários que sejam. Isto implica nos ‘signos’ de que a homeostasia biológica mantém o equilíbrio e está presente em todos os animais. No homem, o surgimento do ‘sentimento impulsivo’ apresenta-se dentro de certos limites, com determinações sociais. A regulação das homeostasias antropológicas e sociais trata de manter um contexto social, no qual adquirimos atitudes a cerca do trabalho, habilidade de manejar os objetos num sistema de costumes e normas. (VITAL, 1996, p.9)

Heller (1993) aponta como categorias básicas para a homeostase social e antropológica a preservação do sujeito e sua expansão (Ego), que variam de acordo com a estrutura social. Uma terceira função homeostática é também citada pela autora: o sentimento de regulação da tensão, visto como condição geral para nosso pensamento e ação.

O sentimento se expressa diretamente por meio da linguagem verbal, também da gestual e, de forma indireta, ao esclarecer ao outro seus próprios sentimentos. A expressão do sentimento varia muito de acordo com a sociedade, com o nível sociocultural das pessoas.

Sentir significa estar envolvido em algo. O sentimento nos direciona na preservação e extensão do nosso organismo social (nosso Ego). Nossos sentimentos se expressam: dão a informação fundamental sobre o que realmente somos. Um homem sem sentimentos é inimaginável. (HELLER, 1993, p.78)

Na “*Teoria de los Sentimientos*”, Heller (1993) reconhece a dificuldade de estabelecer uma classificação perfeita para os sentimentos, tendo em vista o seu caráter heterogêneo. Estabelece, então, uma classificação antropológica, partindo de uma pré-concepção filosófica, por considerá-la como a essência do homem.

(...) minha classificação é a seguinte: sentimentos impulsivos, afetos, sentimentos orientativos, emoções em sentido estrito (sentimentos cognoscitivo-situacionais), sentimentos de caráter e personalidade, predisposições emocionais. (HELLER, 1993, p.85)

4.1. SENTIMENTOS IMPULSIVOS

A autora defende que os impulsos se diferenciam no processo de crescimento e propõe alguns pontos fundamentais na sua distinção: 1) os impulsos funcionam como sinal de alerta de que alguma coisa no organismo não está bem; 2) os sinais de alerta são, então, direcionados para a própria pessoa e não para os outros, não possuindo função comunicativa; 3) são impulsos necessários à preservação biológica da espécie e, com exceção do impulso sexual, são também indispensáveis para preservação do organismo individual; 4) os impulsos não diminuem com o hábito; 5) a satisfação de um impulso não pode substituir a satisfação de outro; 6) os impulsos são sinais de uma necessidade, tendo eles que serem satisfeitos; 7) é socialmente determinada a forma pela qual os impulsos serão satisfeitos; 8) a redução do impulso é uma necessidade social e se relaciona a um fator biológico: a homeostase orgânica.

Pode-se citar como impulsos a fome, a sede, o cansaço. Para Heller (1993) sobre estes e outros impulsos é que se podem basear os afetos, sentimentos cognoscitivo-situacionais e sentimentos orientativos. Considera ainda que cada sentimento se constitui em uma ‘síndrome particular’ e que não existem impulsos que se satisfaçam da mesma forma.

Na descrição dos impulsos, a autora faz uma consideração importante sobre a dor corporal, embora não a classifique como impulso, correlacionando-a intimamente com eles. Diz que Wittgenstein, filósofo contemporâneo, diferencia a ‘dor corporal’ da ‘dor mental’, considerando a ‘dor corporal’ uma transição entre percepção e emoção. Na ‘Teoria de los Sentimientos’, a dor corporal é, então, relacionada aos impulsos por: 1) ser para o organismo um sinal de que algo não está bem; 2) os sinais de dor se dirigirem ao organismo social; 3) o sentimento de dor ser indispensável para a preservação da espécie e do indivíduo; 4) a dor não diminuir com o hábito; 5) o sentimento de dor não poder ser detido por uma implicação heterogênea; 6) agir-se para reduzir ou parar a dor; 7) o sentimento de dor induzir a sua regulação e redução.

Apesar de estabelecer tantos elos com os impulsos, Heller (1993) não classifica a dor como impulso, embora considere ambos transitórios, por acreditar em que:

1. O sentimento de dor (a diferente dos impulsos) é expressivo, se expressa em gritos, expressões faciais, modulações na voz. Por tanto, os sinais de dor corporal são comunicativos. São sinais que não só significam busca da solução, mas também ajuda. As expressões de dor corporal são em parte idênticas com as de dor mental (por exemplo a queixa). E essa identidade parcial de expressões de ser a razão (ou

uma das razões) de que nos refiramos a ambos como dores. 2. A dor corporal não se satisfaz, senão quando cessa. (HELLER, 1993, p.92)

O processo de aprendizagem permite que o indivíduo passe a perceber, localizar a dor e dar importância à verbalização do sentimento. Para Heller (1993) a capacidade de localização precisa da dor é essencial para a homeostase, estando a caracterização da dor como mais ou menos intensa intimamente relacionada à sua expressão. Pode-se acompanhar, de diversas formas, a manifestação da dor, em especial da dor torácica, que está relacionada ao coração, símbolo da vida.

4.2. OS AFETOS

Os afetos são considerados por Heller (1993) como categoria de sentimentos de grande importância. Ele acredita em que os impulsos descritos anteriormente são diferentes dos afetos, porém alguns podem estar intimamente ligados a eles. O autor afirma: “na nossa vida emocional os impulsos que têm um papel mais importante são aqueles sobre os quais se levantam os afetos, incluindo as emoções mais complexas.” (HELLER, 1993, p.94)

Os pontos comuns entre os afetos descritos na ‘Teoria de los Sentimientos’ são: 1) a presença de um estímulo; 2) a expressão e a comunicação; 3) todos os afetos fazem parte do caráter social, apresentam caráter universal, mas as expressões podem modificar-se como consequência de outras emoções, podendo ser interpretadas de diversas formas, por meio das emoções cognoscitivo-situacionais do receptor; 4) as expressões de afetos não são induzidas, sendo, portanto, espontâneas; 5) o objeto que provoca o afeto não é específico, a menos que o afeto seja construído sobre um impulso; 6) o afeto pode vir acompanhado de tensão; 7) contrariamente aos impulsos, o afeto pode diminuir com o passar do tempo; 8) é possível diminuir o afeto na medida em que a pessoa se afasta do objeto causador; 9) o afeto está sempre conectado a uma fantasia; 10) um afeto pode reprimir outro afeto; 11) um objeto de afeto pode reprimir outro; 12) os afetos são contagiosos; 13) os afetos não são necessidades. A distinção entre os afetos e sentimentos cognoscitivo-situacionais se deve ao fato de que, nas emoções cognoscitivas, não se percebem as expressões dos afetos.

Entre os diversos afetos descritos por Heller (1993), será aqui destacado o medo, certamente o mais freqüente dos afetos presentes em pacientes coronariopatas. Segundo a

autora, é importante distinguir medo de susto; este é um reflexo que pode desencadear o sentimento de impacto, ao qual se chama de medo.

O medo é considerado, na teoria abordada, um dos afetos mais expressivos, e o afeto medo, que é provocado por um estímulo presente, por um objeto que se sabe que é perigoso ou por um objeto desconhecido. O medo direcionado ao futuro, ao passado não é um afeto, é uma emoção; entretanto, em algumas situações, o medo emoção pode transformar-se em medo afeto.

Sawara (2000, p.8) explica que:

No medo, condensam-se todos os possíveis perigos, meus e de minha família, classe e nação, presentes, passados, bem como os futuros, sem rosto, que nos angustiam. Por exemplo, a emoção de medo é o que sinto frente a um perigo eminente. O sentimento de medo é o que caracteriza minha identidade: sou um homem medroso.

O afeto medo pode ter sua formação em duas fontes: a informação sobre o que é perigoso e a experiência individual.

A ansiedade é destacada por Heller (1993) como um tipo particular de medo, caracterizado pelo que se teme. Em linhas gerais, a ansiedade pode ser classificada como um medo sem objeto; a autora defende, porém, que a ansiedade tem um objeto: uma pessoa ansiosa não é capaz de perceber claramente o significado da maioria dos estímulos, atribuindo-lhes perigo, tendo medo de tudo. Vários determinantes sociais provocam os estímulos desencadeadores de ansiedade.

4.3 – SENTIMENTOS ORIENTATIVOS

Os sentimentos orientativos são sentimentos afirmativos ou negativos a respeito de qualquer aspecto da vida, guiados pelas objetivações sociais, incluindo a ação, o pensamento e o juízo. Heller (1993) relaciona-os principalmente aos sentimentos orientativos na ação direta, no trabalho e na atividade cotidiana em geral, aos sentimentos orientativos no pensar, aos sentimentos orientativos nos contatos interpessoais, aos sentimentos orientativos em relação ao senso comum e aos sentimentos orientativos do contato.

Os sentimentos orientativos na ação direta, no trabalho e na atividade cotidiana em geral agrupam ações que se relacionam com a realização de um determinado objetivo. Estes sentimentos são geralmente sentimentos internos.

Os sentimentos orientativos, afirmativos e negativos, dificilmente resultam do processo cognoscitivo no sentido exato da palavra, uma vez que sempre são os sentimentos internos deste processo. Os sentimentos orientativos desempenham o papel mais importante no pensamento que resolve problemas. A intuição mostra-se como um sentimento afirmativo.

Nas relações interpessoais, os sentimentos orientativos são importantes, principalmente nos contatos e relações. Como diz Heller (1993, p.113), “impossível manter a homeostase social do homem em meio às relações sociais complexas sem sentimentos orientativos nos contatos humanos”. O tato é descrito pela autora como um importante sentimento no desenvolvimento das relações sociais.

O senso comum guia o gosto dos indivíduos que pertencem a uma sociedade. O papel dos sentimentos afirmativos e negativos destaca-se na objetivação de valores mais elevados. O sentimento moral exige a aquisição de objetos de valor e certas experiências e tem uma importante função social, principalmente nos casos de uma hierarquia fixa de valores.

O amor e o ódio não pertencem à mesma família dos sentimentos orientativos, estando, não obstante, intimamente relacionados com eles. Relacionam-se com os sentimentos orientativos porque sua função social é de orientação. De acordo com Heller (1993, p.116), “o amor é um sentimento afirmativo a respeito de uma outra pessoa como personalidade, o ódio um sentimento negativo em relação a outra pessoa como personalidade(...)”. Amor e ódio diferem dos demais sentimentos orientativos porque não são acontecimentos sentimentais, mas, sim, disposições emocionais.

Os sentimentos impulsivos, os afetos e os sentimentos orientativos são acontecimentos do sentimento. A categoria de disposição sentimental vai julgar um papel central no caso das emoções. (...) chamamos de disposições sentimentais os sentimentos que podem originar os acontecimentos sentimentais mais heterogêneos, (...) consequência todos eles das disposições sentimentais. (...) só podemos falar de disposições emocionais se a duração for mais ou menos prolongada. (HELLER,1993,p.117)

4.4. EMOÇÕES

As emoções são também tratadas por Heller (1993) como sentimentos cognoscitivo-situacionais. Elas estão presentes em todas as culturas, de forma particular. Comparando as emoções com os outros sentimentos, afirma a autora que

Os sentimentos impulsivos e os afetos sempre existiram e permaneceram essencialmente idênticos ao longo da existência da humanidade; e o papel dos sentimentos orientativos se incrementa com o enriquecimento das relações humanas. No entanto não podemos supor que todas as emoções que existem atualmente existiam necessariamente no futuro, nem sequer no que diz respeito as emoções que de alguma forma haviam existido em todas as culturas, ou na maior parte delas.” (HELLER,1993,p.120)

As emoções são tratadas por Heller como acontecimentos sentimentais ou como disposições sentimentais, algumas emoções caracterizadas de ambas as formas. Os pontos comuns entre as emoções descritos são: 1) nem todas as emoções são dispensáveis na preservação biológica da espécie e do indivíduo, na reprodução social da espécie humana ou na homeostase social do indivíduo; 2) as emoções são sempre cognoscitivas e situacionais, percebidas por meio de sinais; 3) toda intenção de subdividir a emoção falha precisamente pela sua natureza heterogênea e idiossincrática; 4) a diferenciação das emoções é, ao mesmo tempo, a acumulação de nossa riqueza humana; 5) todo conceito emocional é, na realidade, uma categoria, um agrupamento infinito de emoções específicas e qualitativamente distintas.

São descritos na *‘Teoria de los Sentimientos’* sete tipos fundamentais de medo: o medo por perigos futuros, emoção que pode transformar-se em afeto; o medo como um sentimento referente à incerteza de resultados, construído sobre o afeto referente ao desconhecido, ao estranho; o medo como preocupação, o qual raramente se transforma em afeto; o medo como sentimento indesejável; o medo ideológico, traduzido no temor a Deus, por exemplo, ou numa disposição emocional para enfrentar um ideal, podendo ela se tornar um afeto; por fim, o medo existencial, medo da morte.

É preciso distinguir o medo como afeto do medo existencial. Aquele se dá exatamente antes da morte ou quando alguém se defronta com ela. Este é uma disposição sentimental, embora não haja nenhuma pessoa que o sinta constantemente. Segundo Heller (1993, p.127),

o medo existencial tem duas formas: o medo da nossa própria morte e o medo da morte do outro.”

4.5. CARÁTER EMOCIONAL E A PERSONALIDADE EMOCIONAL

As pessoas têm muitos tipos de sentimentos impulsivos, afetos e emoções, em diversas ocasiões, porém isto não tem relação direta com o que Heller (1993) chamou de Caráter Emocional e Personalidade Emocional. Os sentimentos impulsivos não podem chegar a constituir-se em componentes do caráter ou personalidade emocional. A autora ressalta que, se alguém esteve durante muito tempo em estado de inanição, isto não significa que o sentimento de fome tenha-se convertido em parte orgânica de seu caráter. Só podem incorporar-se ao caráter os sentimentos e as emoções que se tenham produzido como consequência da experiência da fome, a exemplo do desprezo pelos bem alimentados, da simpatia pelos pobres, do sentimento de inferioridade, entre outros.

Tanto o caráter emocional quanto a personalidade emocional são hábitos sentimentais. Todo sentimento de personalidade é um sentimento de caráter, mas nem todo sentimento de caráter é um sentimento de personalidade. O caráter emocional é um conceito desprovido de valor; a personalidade emocional, por outro lado, é um conceito valorativo. Todos os hábitos sentimentais a que se aplicou a categoria bem e mal pertencem à personalidade emocional. Em suma, os hábitos do sentimento que pertencem ao caráter sentimental não se vinculam à personalidade sentimental.

Heller (1993) destaca os seguintes pontos na relação caráter e personalidade emocional: 1) ainda que os processos sentimentais característicos do temperamento não pertençam à personalidade emocional, o fato de que os sentimentos de uma pessoa possam ser mais superficiais ou mais profundos e a tendência a serem mais superficiais em certos aspectos caracterizam a personalidade emocional; 2) todo hábito emocional específico pode conduzir a uma predição avaliativa; 3) a forma como a pessoa canaliza normalmente seus afetos pode também conduzir a uma predição avaliativa e pertence à personalidade emocional; 4) a relação com as expressões emocionais pode levar a uma predição valorativa e pertence à personalidade emocional.

Os sentimentos da personalidade, uma vez formados, permitem que o indivíduo sinta e reaja de forma semelhante, em determinadas situações, o que não significa que, em todos os

momentos, seus sentimentos e condutas sejam absolutamente iguais, afinal a combinação de outros fatores pode interferir, de forma positiva ou negativa, nesse processo, sem falar que os hábitos emocionais podem-se transformar.

5. TRAJETO METODOLÓGICO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Estudar como os enfermeiros percebem as emoções dos clientes com dor torácica em unidades de cardiologia e como lidam com ela é algo complexo, porque muito subjetivo. Assim, o estudo aqui proposto tem uma natureza qualitativa, exigindo uma abordagem metodológica que ultrapassasse a aparência do discurso, de forma a ampliar a compreensão de significações.

Os dados obtidos na pesquisa empreendida, de caráter exploratório, são descritos e analisados com base na ‘Teoria de los Sentimientos’ (Heller, 1993). A técnica para a coleta de dados foi a história oral temática.

Para Triviños (1987) o estudo descritivo se mostra como ferramenta capaz de delinear, com precisão, os fenômenos de uma realidade. Segundo Richardson (1989), um estudo exploratório objetiva conhecer as características de um fenômeno, procurando explicar suas causas e conseqüências. No que se refere à abordagem qualitativa, ele afirma:

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. (RICHARDSON, 1989, p. 68)

Minayo (1998), a seu turno, diz que “a pesquisa qualitativa compreende os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos”, buscando analisar os “significados e a intencionalidade das ações e relações humanas”.

5.2. A HISTORIA ORAL

A história oral é definida por Meihy (1996) como forma de captar as experiências de pessoas que estejam dispostas a falar sobre sua vida. Tem como base a entrevista, sendo muito importante o recurso do aparelho para gravação.

Para Alberti (1990) “a história oral é um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo”. A aplicação do método de história oral, segundo Meihy (1996), ocorre em três tempos complementares: a gravação, a confecção do documento escrito e a análise.

De acordo com Camargo (1987), a história oral permite a visão do todo, obtida pelo testemunho dinâmico da realidade social e pelo confronto entre a experiência vivida e os questionamentos do entrevistador.

A entrevista, na verdade, é, para Meihy (1996), uma das etapas da história oral, subdividida em pré-entrevista, entrevista e pós-entrevista. A pré-entrevista consiste no contato prévio, quando o projeto deve ser explicado ao sujeito, denominado colaborador na história oral, para que ele fique ciente do tema da gravação, estabelecendo um ambiente de confiança. Recomenda-se que a realização da gravação seja de acordo com a conveniência do entrevistado, em local livre de interferências, evitando processos longos e exaustivos. A entrevista propriamente dita consiste nas perguntas feitas pelo entrevistador e nas respostas dadas pelo entrevistado. A pós-entrevista é a etapa em que se realizam os agradecimentos, além da leitura do documento pelo entrevistado, que poderá autorizar ou não sua utilização e análise.

Segundo Meihy (1996), após a gravação dos textos, procede-se à sua transcrição, passando-os da modalidade falada para a modalidade escrita da língua, sempre com a preocupação de preservar o sentido original do discurso. Recomenda-se ocultar, na versão final do documento, as perguntas do narrador/entrevistador.

A história oral, de acordo com Meihy (1996), divide-se em três categorias distintas: a história oral de vida, tradição oral e história oral temática. O presente estudo está fundamentado na história oral temática, definida pela autora (1994) como uma abordagem sobre algum assunto específico, vinculada ao testemunho sobre questões externas, objetivas, factuais e temáticas. A opção por este método se deu em função da expectativa de que, nas histórias contadas pelos enfermeiros, fosse possível descobrir como eles vêm cuidando dos

sentimentos dos pacientes com dor torácica internados em unidades de tratamento em cardiologia e evidenciar a evolução da percepção dos cuidados emocionais prestados.

5.3. CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa teve como cenário as unidades especializadas de tratamento cardiológico com suporte intensivo de um hospital de referência em cardiologia da cidade de Salvador, capital baiana, abarcando a Unidade de Dor Torácica, a Unidade Coronariana e a Unidade de Tratamento Intensivo Cardiovascular, num total de 32 leitos intensivos destinados ao cuidado especializado em cardiologia, incluindo o atendimento clínico, pós-cirúrgico e o atendimento após procedimentos hemodinâmicos.

As unidades que fizeram parte deste estudo contam com equipe médica e equipe de enfermagem especializadas, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. O processo tecnológico de monitorização, ressuscitação e suporte invasivo está presente em todas as unidades, sendo também do domínio da enfermagem a manipulação dos equipamentos.

Martins e Farias (2002) atribuem às unidades de tratamento intensivo o objetivo de reduzir a mortalidade pela provisão de cuidados e observação individualizada e integral de acordo com as necessidades do cliente.

Segundo Meltzer (2001), as Unidades Coronarianas são unidades de tratamento especializadas, qualificadas e destinadas a proporcionar um ótimo cuidado para pacientes com infarto agudo do miocárdio ou com suspeita de tê-lo. A Unidade de Dor Torácica, situada na emergência, surgiu como local de cuidados pré-coronários, para estratificar os pacientes com dor torácica, seguindo modelos sistematizados de atendimento, com seleção dos que necessitam de ser encaminhados para a unidade coronariana e/ou laboratório de hemodinâmica e com garantia de uma avaliação eficaz às pessoas com média ou baixa probabilidade de síndrome coronariana aguda.

5.4. SUJEITOS DO ESTUDO

As unidades reúnem 40 enfermeiros assistenciais. Por tratar-se de um estudo qualitativo, optou-se por entrevistar 30% apenas destes enfermeiros, considerando ainda o critério de saturação dos dados, conforme proposto pela história oral.

Entrevistaram-se quatro enfermeiros de cada uma das três unidades especializadas em cardiologia, totalizando 12 profissionais, uns somente do diurno, outros com escala de trabalho durante o dia e a noite. Acreditou-se em que as particularidades de cada turno pudessem interferir, de alguma maneira, na forma como os enfermeiros cuidam dos seus pacientes.

Entre os 12 enfermeiros que participaram da pesquisa, apenas dois eram do sexo masculino, os outros 10 eram do sexo feminino, uns e outros com idade entre 27 e 37 anos. Todos os profissionais entrevistados, com tempo mínimo de dois anos e máximo de sete anos de trabalho na unidade, possuem especialização, apenas um deles, porém, em cardiologia; nove têm especialização em terapia intensiva, e um em administração hospitalar.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Após o registro no Sistema Nacional sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), o estudo foi submetido à apreciação do comitê de Ética do campo de estudo (ANEXO A), e, somente após a sua aprovação, os sujeitos foram entrevistados (ANEXO B).

Foram garantidos aos participantes o anonimato e a reprodução fiel das informações recebidas, bem como considerados os direitos éticos e legais, com base na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

Feitos os esclarecimentos necessários aos profissionais selecionados para a entrevista, eles assinaram o termo de consentimento, atestando as informações recebidas e autorizando a entrevista (ANEXO C). Apenas um enfermeiro da unidade de emergência solicitou a não publicação do seu discurso, alegando motivos pessoais. Por considerar-se o critério de saturação, preferiu-se não substituí-lo, sendo reduzido para 11 o número de enfermeiros entrevistados.

5.6. A COLETA DE DADOS

Antecederam a coleta de dados dois encontros com os profissionais de enfermagem selecionados, nos quais foram esclarecidos os objetivos do estudo e solucionadas todas as dúvidas sobre a pesquisa.

Cada participante, antes do depoimento, escolheu o nome de uma flor pela qual seria identificado. As flores escolhidas pelos sujeitos envolvidos foram essas: alecrim, cravo, flor do campo, gérbera, hortênsia, lírio, margarida, orquídea, rosa, tulipa e violeta.

A coleta de dados ocorreu em um único momento, agendado previamente, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, em local escolhido por eles a fim de proporcionar-lhes uma maior privacidade. Todos os profissionais tiveram como escolha para a coleta de dados o próprio hospital, devido à dupla jornada de trabalho. Entrevistadora e entrevistados acomodaram-se sempre numa sala separada da unidade, a entrevista decorrendo com tranquilidade e sem interrupções.

Richardson (1989) entende que a entrevista é utilizada na pesquisa qualitativa por penetrar na complexidade do problema, permitindo uma relação estreita entre as pessoas. Ludke e André (1986) *apud* Vital (1996) entendem a entrevista como um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, com obtenção de informações autênticas.

Meihy (1994) afirma que a história oral depende de entrevistas com pessoas que estejam em pleno gozo das suas faculdades mentais e mostram-se disponíveis para dar depoimentos independentemente de pagamento ou outros benefícios materiais. O autor diz ainda que a utilização do guia de entrevista é fundamental na realização da história oral temática, uma vez que é peça essencial na aquisição de detalhes.

Para a definição do número exato de entrevistas a serem feitas considerou-se o critério de saturação. Segundo Alberti (1990), o ponto de saturação é determinado pela repetição na construção das narrativas.

5.7. O INSTRUMENTO

Realizou-se a coleta de dados com a ajuda de um roteiro, típico da entrevista semi-estruturada, e de um gravador, sem o qual a transcrição detalhada dos depoimentos não seria possível.

A entrevista semi-estrutura serve à história oral temática na medida em que, segundo Tourneur (1996), evita que o entrevistado fique totalmente livre e afaste-se do tema tratado. Nesse sentido, torna-se imprescindível a elaboração criteriosa do roteiro da entrevista, o qual para Alberti (1990) é um instrumento de apoio ao pesquisador durante a entrevista.

O roteiro elaborado (ANEXO D) está dividido em duas partes: a primeira relaciona-se com dados de identificação, e a segunda contempla uma pergunta central relacionada à história de trabalho do profissional na área de cardiologia e os outros questionamentos concernentes aos objetivos específicos.

A pergunta central do instrumento de coleta, **Conte-me a sua história profissional nesta unidade especializada em cardiologia**, teve como intenção a caracterização da história profissional de cada sujeito participante. Os demais questionamentos objetivam identificar como o enfermeiro percebe as emoções do seu paciente e como lida com elas: **Como você vem cuidando dos pacientes com dor torácica? De que forma os sentimentos estão presentes no seu cotidiano de trabalho? Quais os sentimentos que você percebe com maior frequência nos pacientes com dor torácica? Como você percebe estas emoções? Qual o grau de importância que você atribui ao atendimento às necessidades emocionais pelo enfermeiro? Dentro da sua rotina de trabalho, como você procura atender às necessidades emocionais dos pacientes com dor torácica?**

5.8. O PRÉ-TESTE

Para efeito de validação, operatividade e fidedignidade do instrumento deste estudo (LAKATUS E MARCONI, 1990), optou-se pela realização de um pré-teste (ANEXO E) com Banca composta por enfermeiras com mais de cinco anos de experiência na área de tratamento intensivo e/ou docentes que ensinam a disciplina de cardiologia em cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

Foi solicitado aos avaliadores no pré-teste um parecer sobre as questões apresentadas no roteiro de entrevista. Eles fizeram uma crítica apurada ao roteiro, sugerindo alterações que contribuíram para seu refinamento e, conseqüentemente, para o bom desenvolvimento da pesquisa.

5.9. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu de forma categorial, com base na técnica de Análise de Conteúdo Temática, que, segundo Minayo (1994, p.209), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” e que, na pesquisa qualitativa, “denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”. Para esta autora as categorias de análises deverão emergir no confronto de leituras exaustivas, na subjetividade dos discursos e na oralidade dos depoentes selecionados.

A análise de conteúdo possui essencialmente três finalidades: uma finalidade “heurística”, na medida em que a busca da descoberta ocorre no próprio material coletado, uma de “administração de provas” e outra de “ampliação da compreensão do contexto e dos significados”. (MINAYO, 1998, p.198)

O que se percebe nas técnicas de análise de conteúdo é uma crescente preocupação com o aprofundamento da investigação, ultrapassando os significados manifestos. Para maior aproximação com o objeto de estudo, optou-se pela análise de conteúdo temática.

Minayo (1998) divide a análise temática operacionalmente em pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos.

Na pré-análise, faz-se uma leitura exaustiva do material coletado, organizado de acordo com a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência (critérios de validação), formulam-se hipóteses e objetivos, além de determinar-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientarão a análise.

A exploração do material consiste essencialmente na codificação dos dados, feita por meio do recorte do texto, que se dá de acordo com as *unidades de registro* já definidas na pré-análise, na escolha da regra de contagem destas unidades e na categorização dos dados (ANEXO F).

Num terceiro momento da análise temática, os dados obtidos na pesquisa são descritos e interpretados, seguindo uma análise qualitativa, e não puramente quantitativa.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão, nesta seção, apresentados os resultados da pesquisa desenvolvida, que teve como propósito conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as emoções dos pacientes com dor torácica na vivência de trabalho em unidades de tratamento intensivo de cardiologia e identificar, nos cuidados de enfermagem prestados a estes pacientes, aqueles relacionados às necessidades emocionais.

Durante a análise das histórias, não se perceberam diferenças significativas entre os discursos dos enfermeiros que trabalham durante o dia e daqueles que trabalham durante a noite; durante a discussão dos resultados não utilizei, por conseguinte, esse critério para a categorização dos dados.

Da leitura exaustiva das falas dos enfermeiros entrevistados depreenderam-se seis grandes temas de destaque: **o trabalho em cardiologia; dor e angústia; os sentimentos de quem cuida; a percepção dos sentimentos pelos enfermeiros; sentimentos relacionados ao momento da dor e cuidando dos sentimentos.**

Buscou-se em Agnes Heller (1993), na *Teoria de los Sentimentos*, uma fundamentação teórica para a análise e discussão dos resultados.

6.1. O TRABALHO EM CARDIOLOGIA

As unidades especializadas em cardiologia exigem da enfermagem um papel decisivo no sentido de agilizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incorporando à sua rotina de trabalho o manuseio de equipamentos de monitorização cardio-respiratória, procedimentos invasivos altamente complexos.

Barbosa (1999, p.20), em uma análise sobre as unidades de tratamento intensivo, diz ser muito importante para o enfermeiro “o conhecimento e desenvolvimento de habilidades para o manuseio do instrumental tecnológico(...) uma vez que os aparelhos e equipamentos constituem-se numa fonte de manutenção e recuperação da vida dos clientes críticos”.

Abordando a história profissional dos enfermeiros das unidades de cardiologia, pôde-se perceber, no seu discurso, o encantamento e a satisfação com o trabalho desenvolvido nestas unidades, como se nota na fala de Cravo e de Orquídea.

(...) desde o começo, desde o meu quarto semestre da faculdade, eu disse que eu ia fazer cardiologia. Só que eu via as coisas de uma maneira mais técnica, até mesmo porque eu via assim:[...] dentre as várias especialidades, a área que mais se desenvolvia, com rapidez maior, era a cardiologia. Então eu achava isso muito interessante, é uma coisa muito tecnicista. CRAVO

Cardiologia foi uma área que eu sempre fui fascinada (...) eu adoro trabalhar com cardiologia e essa combinação cardio e terapia intensiva é perfeita..ORQUIDEA

A Unidade de Tratamento Intensivo é o local onde os enfermeiros fazem procedimentos técnicos e invasivos muito complexos, com a ajuda de equipamentos de alta tecnologia, precisando os profissionais de serem especializados para tanto. Isto resulta na percepção do enfermeiro intensivista, até mesmo por seus colegas de outras áreas, como o dono do saber.

A tecnologia em saúde, segundo Barbosa (1999), repercute na enfermagem, na intensidade do cuidado, uma vez que os padrões de trabalho sofrem influência dos constantes avanços tecnológicos.

No processo de cuidado em unidades cardiológicas, onde a ameaça à vida se dá pelo possível comprometimento do mais valorizado órgão do corpo humano, com o intuito de controlar e manter as funções vitais, o processo instrumental e tecnológico acaba por ser a maior preocupação do enfermeiro, como se evidencia na transcrição de fala abaixo:

A minha entrada na (...) se deu muito em função de eu vindo desde a faculdade me identificando com cardiologia, e também a necessidade, que eu achava que enfermeira tinha que ser de UTI. Enfermeiro tinha que passar pela UTI porque ele precisava aprender determinados procedimentos. FLOR DO CAMPO

Observou-se, nas entrevistas, que os enfermeiros sentem imenso prazer em trabalhar em unidades de cardiologia, tendo grande afinidade com a área de atuação e grande fascínio pela tecnologia com a qual lidam na sua prática profissional.

Como cardiologia sempre foi uma coisa que me chamou a atenção, então eu achei ótimo e fiquei super feliz quando soube que eu tinha sido indicada. ROSA

(...) o que eu gosto realmente é cardiologia. TULIPA

(...) comecei a trabalhar com cardiologia, sempre foi a área que eu mais gostei, mais me identifiquei e trabalhei nisso. ALECRIM

Outros fatores, a exemplo da experiência familiar, podem ainda motivar o trabalho em unidades especializadas. Na tentativa de entender e resolver o processo de adoecimento e agravamento de um ente querido, o enfermeiro acaba decidindo-se por uma dada área.

Eu tinha muita vontade de trabalhar em cardiologia porque eu tinha parentes com problema em cardiologia. LIRIO

A satisfação profissional pode ser relacionada às condições de trabalho, às habilidades técnicas, às relações de poder e ao *status* profissional.

6.2. DOR E ANGÚSTIA

A dor torácica aparece nos depoimentos acompanhada de sentimentos diversos, o que torna a sua percepção e análise extremamente complexa. A preocupação com o imediatismo e a agilidade para intervenção precoce ganha lugar de destaque, tamanho é o significado da dor em cardiologia. Este é o principal sintoma de sofrimento coronariano; não se deve, porém, em sua intervenção, tratar apenas a sua causa física. Tratá-la deve ser a prioridade, mas também os cuidados emocionais com o paciente são importantes, haja vista a forte influência das emoções na manutenção e agravamento do quadro algíco. A abordagem integral do ser humano é, sem dúvida, a melhor estratégia para o alcance da saúde e melhor adaptação do indivíduo à sua condição de vida.

O conhecimento das características da dor típica de doença coronariana, associado à experiência profissional, auxiliam o enfermeiro no direcionamento das suas ações. A dor é um sinal de que algo não está bem com aquele indivíduo, precisando ele de ser tratado tanto física como psicologicamente.

Heller (1993) não considera a dor um sentimento *impulsivo*, mas uma síndrome particular, principalmente pelo seu caráter comunicativo. A vivência da dor torácica traz para o indivíduo uma carga de outros sentimentos relacionados à própria sensação dolorosa, que é uma vivência significativa, sobretudo para quem mobiliza afetos e emoções, acentuada pela consciência de que todo esse processo pode resultar na falência do coração. Daí o paciente sentir-se sufocado, faltar-lhe o ar, ficar apreensivo, angustiado, perder o controle da consciência, às vezes desfalecer, entre outros.

A dor torácica foi descrita pelas enfermeiras como de forte intensidade, sufocante, angustiante, algumas vezes acompanhada de sintomas característicos de comprometimento cardiovascular, como a dispnéia, a sudorese e uma sensação de desfalecimento. Veja-se:

Esse paciente chega muito ansioso, às vezes sudoreico, com aquela dor no peito, que dizem que é sufocante. Eu nunca senti, mas dizem que é um aperto, é muito sufocante (...) o paciente com dor torácica ele chega com uma sudorese, uma dispnéia. HORTENSIA

(...)porque eles descrevem a dor como tão forte, que eles têm medo da dor ir tomando e levar à morte. MARGARIDA

Muitos sentem a dor muito forte. VIOLETA

(...)no momento da dor, todos relatam que é uma dor insuportável, é uma coisa angustiante, opressiva, que sufoca. Então no momento em que eles mais ficam angustiados é no momento da dor. ROSA

A angústia é acompanhada de desconforto físico, ansiedade, aperto, pressão e inquietude. É descrita como sendo parte de um sentimento doloroso de alerta psíquico diante de uma ameaça ou de um perigo indeterminado, caracterizando-se pela sudorese, dispnéia, aceleração do ritmo cardíaco e vertigem apresentados.

Alguns autores diferenciam angústia de ansiedade, sendo a primeira de ordem psíquica e a segunda de ordem etiologia somática. Heller (1993) não faz tal diferenciação, mas aprofunda-se no entendimento da ansiedade, que será posteriormente mais discutida neste trabalho.

A dor se expressa por si mesma, entretanto o comportamento do indivíduo frente ao quadro algico também sofre influências socioculturais.

Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de ser, de sentir ou de agir serão constitutivamente referidos à sociedade à qual pertencem. Ainda que traduzido e apreendido subjetivamente, o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida. (SARTI, 2001, p.3)

Os pacientes se utilizam de diferentes formas para expressar a dor que sentem, algumas vezes preferindo não a revelar. A seguir, depoimentos a respeito:

Quando o paciente diz que está sentindo dor é diferente. Tem pacientes que estão sentindo dor e continuam olhando para você da mesma forma de quando você chegou ao início do plantão que ele te olhou pela primeira vez. Outros fazem aquela força de apertar a mão, uma vez um quase esmaga a minha mão, outros começam a gritar, tocam a campainha por segundo apesar de você fazer a medicação.
FLOR DO CAMPO

Muitas vezes o paciente não se queixa de dor; às vezes fica guardando a dor com medo de você intervir com alguma coisa, não quer te preocupar... quando ele fala que está com dor é porque já está ultrapassando os limites. ALECRIM

A diferença entre os gêneros foi, ao longo da história humana moderna, construída socialmente, sobretudo nas culturas urbanas ocidentais, judaico-cristãs. O ideal de homem nesta cultura é o de resistência, de sucesso, devendo ele ser preparado para a luta, e isto significava vencer o medo, resistir a todo tipo de sofrimento. As exigências viris de posse e poder, a necessidade de ser assertivo e competitivo sexualmente mantiveram esses homens muito preocupados com seu desempenho. O que se vê é que “os padrões de comportamento que os qualificam como homens se aproximam dos exigidos das máquinas” (NOLASCO, p. 21)

Esses padrões também estão presentes na forma como o homem manifesta seu sofrimento e expressa sua dor. O homem, até pouco tempo, era obrigado a reprimir suas sensações e emoções, e isto ocasionou uma série de problemas de relacionamento. Mousse (1997) *apud* Pereira (1999) atribui ao poder e à honra os valores com os quais mais os homens se importam na sociedade moderna. Somente nos meados do século XX, diante da falência da virilidade moderna, o homem volta a importar-se com os valores sensíveis. Um grupo de “novos” homens que emergiu do movimento masculino nos Estados Unidos, na década de 80, começa a reivindicar um reconhecimento, cada vez maior, de sua autonomia emocional, deixando o sexo de ser o único operador em torno do qual se organiza a representação masculina, passando a sensibilidade e a satisfação emocional a serem os eixos constituintes dela.

Pereira (1999) atribui o resgate da sensibilidade do homem moderno à revalorização do coração, dos sentimentos. Renasce, então, “*o homem sensível* que passa a valorizar a intimidade, os sonhos, desejos, cumplicidade, companheirismo, amizade no casamento, que se comporta de modo mais afetivo e é também mais exigente na satisfação de suas emoções” (PEREIRA, 1999, p.94)

A desconstrução do *homem duro* (BADINTER, 1993) que está atrelado ao modelo de masculinidade hegemônica, e a emergência do homem sensível, que foi considerado pela autora como um *homem mole* porque expõe seus sentimentos, chora, reconhece seus fracassos e seus medos, passam por um processo de incorporação lenta nas sociedades patriarcais.

Mesmo diante de toda evolução na expressão de sua sensibilidade, ainda se observa, no conjunto da sociedade, muita diferença no comportamento de homens e mulheres, sobretudo na forma de expressão do sofrimento, da dor e dos componentes emocionais, como se constata nos relatos abaixo.

Tem uns que ficam ali com dor, que está suando frio, sentindo dor mesmo, mas são mais fortes, não exteriorizam mesmo até por questão de formação... e se for homem pior ainda, que tem toda aquela coisa que não pode ser fraco, quando tem um paciente do sexo masculino que sente dor no peito e se entrega às emoções dele deixa transparecer... de fato eles pedem desculpa por terem sido fracos e você diz não, que nada. MARGARIDA

Depende muito do paciente, se é homem ou mulher...FLOR DO CAMPO

Existem mil fatores que interferem nessa dor, a idade, o gênero. Para mim tudo isso está voltado. Mulheres sentem mais dor do que os homens, ou não... você tem que avaliar todos esses fatores e o momento do paciente, a questão emocional dele, principalmente por estar dentro de uma UTI confinado, com um monte de gente, vivenciando um processo patológico que para ele às vezes é desconhecido...Será que alguém chegou lá e disse você tem isso... seu prognóstico, suas condições de vida são essas e seu tratamento é esse.
 ORQUÍDEA

A avaliação da dor pela(o) enfermeira(o) exige, ainda, uma forma de mensuração da sua intensidade, o que é muito relativo pelo seu caráter subjetivo. No entanto, diversas escalas têm sido utilizadas para facilitar a avaliação da dor. As mais comuns são as escalas numérica, de categorias de palavras, visual analógica e quantitativa não numérica.

Pimenta (1998, p.292) afirma que

a avaliação da experiência dolorosa não é um procedimento simples, compreende avaliar as características da queixa algica, que inclui início, localização, padrão de instalação, duração, intensidade, qualidades sensitivas e afetivas, fatores de melhora ou piora; além de considerar “ as respostas físicas e emocionais a dor e os fatores culturais e psíquicos que possam estar envolvidos na apreciação e expressão da sintomatologia dolorosa.

Os enfermeiros participantes da pesquisa mostram-se atentos às características da dor e aos sintomas que se lhe associam, utilizando escalas para avaliação da sua intensidade.

As dores no peito que os nossos pacientes geralmente sentem são: dor no pós-operatório (...)É mais esporádica a dor no peito não cirúrgica, (...) alguns chegam assintomáticos e outros pouco sintomáticos e a gente vai trabalhando isso, questionando essa dor, geralmente a gente pede uma nota de zero a dez. TULIPA

Primeiro eu tento avaliar algum fator que vá interferir, gerando essa dor. A gente tem que ver também se não é uma dor psicológica, às vezes é uma paciente extremamente ansiosa, que tenta chamar a atenção, sugerindo dor. Pode ser uma dor porque quer atenção, está se sentindo carente, confinada dentro de uma UTI e utiliza a dor para chamar a atenção dos funcionários. Agora quando o paciente chama relacionando a uma dor torácica, eu tento ver se é compressiva, se

estende para dorso, quando começa, quando termina, se tem duração. È complicado também a gente avaliar limiar de dor, por mais que diga de zero a dez é preciso ter uma escala com parâmetros dessa numeração, porque dez para ele pode ser um para o outro, então cada um tem o seu limiar de dor. ORQUÍDEA

Nos relatos obtidos na investigação, há sempre a caracterização da dor torácica como de forte intensidade, angustiante, estando a sua manifestação intimamente relacionada com valores, crenças e preconceitos de gênero, construídos socialmente.

Os enfermeiros, apesar de estarem instrumentalizados para mensurar a dor e a angústia, têm dificuldade em fazê-lo quando tratam de pacientes do sexo masculino, que têm receio em demonstrar a dor que sentem. Há, inquestionavelmente, diferenças de sentimentos em relação à crise da dor na população do gênero masculino.

6.3. OS SENTIMENTOS DE QUEM CUIDA

No tratamento do paciente com dor no peito, os sentimentos envolvidos são tanto dele como do profissional que o cuida. A demonstração de afeto é uma forma de atenção para com o indivíduo que está recebendo cuidados, é, na opinião de Silva (1998), reflexo da solidariedade, do compromisso com o outro.

Na pesquisa, os enfermeiros falaram de suas emoções no cotidiano do seu trabalho. Destacam-se, a seguir, os momentos mais interessantes:

A forma como alguns pacientes falam me dá uma angústia, a depender de como ele vai relatar essa dor, a gente até sofre por eles. ORQUÍDEA

A princípio eu ficava um pouquinho assim... junto com a ansiedade de saber que tinha que fazer tudo aquilo, eu ficava muito ansiosa, mas depois eu percebi que não há necessidade disso(...)como se eu fosse o paciente, é aquilo que a gente tem que tentar fazer, se colocar do lado e como se fosse o paciente, como ele está se sentindo como ele gostaria de ser tratado. HORTENSIA

O enfrentamento da situação crítica de salvar uma vida, ou um coração que corre risco, desperta, no enfermeiro, angústia e ansiedade. Um conhecido ditado sobre a doença arterial coronariana, “*tempo é músculo*”, faz com que a agilidade e a presteza do atendimento ao paciente com dor torácica sejam o foco principal das ações de enfermagem, principalmente nas unidades de emergência.

Os profissionais de saúde, de maneira geral, costumam fugir de um maior envolvimento com o paciente.

(...)a gente, enquanto profissional, foge muito da questão de se envolver com o doente. Não se é porque você está preocupado em resolver logo o problema dele que você sabe que é um problema grave e que ele pode morrer (...) e aí aqui na unidade de emergência a gente esquece um pouco dessa questão emocional, eu percebo muito isso. VIOLETA

(...)a gente aprende desde a faculdade a tentar controlar as emoções da gente e não se envolver muito com o paciente, então eu sempre procuro de certa forma fazer isso. Porque eu sou uma pessoa muito sensível ROSA

Mesmo procurando manter a tão ensinada distância profissional, o envolvimento com a pessoa que está sendo cuidada não deixa de existir. Alguns enfermeiros conseguem reconhecer os seus sentimentos e os assumem, porém sentem a necessidade de manter o controle das suas emoções, preocupados em transmitir segurança para o paciente.

(...) a gente, na hora da crise da angina, você não pode deixar de certa forma suas emoções interferirem, porque o paciente espera de você uma segurança. Ele sim pode se dar “o luxo” de ficar abalado, mas nós não. Por mais que a gente se sensibilize, a gente não pode deixar transparecer isso, então a gente tem que se controlar, controlar suas emoções para dar um apoio a ele. Aquela questão: nós, profissionais da área de saúde, temos sempre que transparecer aquela segurança, por isso que nós somos taxados de profissionais frios, mas não é questão de frieza, não quer dizer que a gente não sinta, não sofra com o paciente, é que a gente não pode exteriorizar isso para ele, porque a gente sabe que isso vai prejudicá-lo. MARGARIDA

Para Heller (1993) as ações cotidianas do trabalho seguem *sentimentos orientativos* específicos, que são construídos com base no que é aprendido e nas experiências adquiridas. Os *sentimentos orientativos* ajudam o enfermeiro a planejar e executar o cuidado ao paciente.

O compromisso ético do enfermeiro é salvar vidas, mantendo uma relação estreitamente profissional com o paciente, sem expressões de afetividade.

Alguns enfermeiros entrevistados confessaram que a vivência da dor na lida com o paciente acabou por despertar neles angústia e ansiedade, dentre outros, acentuando-se a necessidade de manter o autocontrole, procurando ser indiferentes aos seus próprios sentimentos.

6.4. A PERCEPÇÃO DAS EMOÇÕES PELOS ENFERMEIROS

A sensibilidade é, sem dúvida, um dos principais aliados dos enfermeiros para a percepção dos sentimentos que aparecem no momento do cuidado. Silva (1998, p.77) diz que o cuidado integral inclui “amenizar dúvidas, ansiedades e medos dos seres cuidados”. A autora não deixa de reconhecer a dificuldade de cumprir com este cuidado integral, haja vista o contexto de sofrimento e dor.

A dor torácica tem sido percebida pelos enfermeiros como mobilizadora de sensações e emoções intensas, agravadas pelo consciência do risco de estar sofrendo um infarto agudo do miocárdio, considerando o seu alto grau de comprometimento orgânico e a letalidade.

Tendo em vista toda simbologia que envolve o coração, é comum, nas unidades de cardiologia, os pacientes ficarem mais sensíveis e emotivos.

(...) pelo fato de se estar falando em coração, as pessoas tendem a ficar mais sensíveis. Eu sempre coloco dessa forma: rim você tem dois, braço você tem dois, coração você só tem um (...) Então as pessoas, até por uma questão de vivência do que a gente aprende desde criança, as emoções estão centradas no coração das pessoas, então se dá uma importância muito grande. CRAVO

(...)o coração é o dono de tudo em tese. FLOR DO CAMPO

(...) tem um problema no coração, que é o órgão que todos nós temos a idéia que o coração é o órgão principal do organismo e realmente é. Esse órgão pode ter alguma coisa séria, pode parar (...). TULIPA

Geralmente esses pacientes com dor no peito, no coração, a gente percebe que existe uma fragilidade muito grande. Ali é o ponto de tudo, de todo organismo. O paciente sente assim... se ele sente dor no coração... é diferente se ele sente de dor na perna, porque eles acham que ali é o centro de tudo, o coração é o centro de tudo, se parar ali, pára tudo. A dor na perna não, ele pode ficar sem uma perna, sem um braço. GÉRBERA

A percepção dos sentimentos humanos durante o processo saúde-doença envolve o dito e o não dito. Heller (1993) revela que a maioria dos sentimentos se expressam por meio ora da linguagem verbal, ora da linguagem não verbal, ora por ambos ao mesmo tempo.

A observação e a sensibilidade, na prática de enfermagem, consistem no principal instrumento de trabalho. A partir delas, é possível inteirar-se do estado do paciente, tanto do estado físico como do estado emocional, intervindo, sempre que necessário, para sua melhoria.

A observação do paciente, pela expressão corporal, pela fala, pelas perguntas, pelos sintomas da dor, pelos momentos em que essas dores acontecem. CRAVO

No hospital a observação é o carro chefe. Às vezes o paciente não fala, mas você com a clínica consegue associar o que ele está querendo passar. HORTENSIA

Varia a forma como cada paciente expressa sua dor e como cada profissional a percebe. Segundo análise de Heller (1993), a expressão dos sentimentos é variável, depende de cada pessoa, da intensidade e do valor social que eles tenham.

Às vezes eu percebo que aquele paciente está meio retraído (...)cada um tem sua forma de demonstrar que está com aquele emocional abalado. ROSA

Existe um perfil de cada paciente. Existem aqueles pacientes que exteriorizam mais, que são mais... deixam realmente transparecer, que quando estão com dor no peito ficam realmente dependentes, pede para segurar a mão... Tem uns não que ficam ali com dor, que estão suando frio, sentindo dor mesmo, mas são mais fortes, não exteriorizam mesmo. MARGARIDA

Os sinais a que os enfermeiros entrevistados estão atentos para conhecer o estado dos pacientes são os que seguem:

(...) como ele me fala, do que ele está dizendo para mim. Até mesmo você sente a maneira como ele está falando, quando está fazendo o ECG às vezes você sente o paciente meio trêmulo, certa inquietude, você vê a respiração ofegante, você vê apertando o lençol (...) às vezes você vai dar a medicação, a veia está cá em cima e ele aperta a mão ou fica olhando o tempo todo o que você está fazendo (...) A gente percebe, na passagem de plantão vai passando leito a leito, isso é muito importante, já vai olhando o paciente e ele te olha meio diferente e você percebe que ele não está te achando bonita, ele quer dizer alguma coisa. Eu acho que é o sétimo sentido, o oitavo sentido, eu não sei ... FLOR DO CAMPO

Eu percebo essas emoções ou pelo discurso ou por face, face de dor, através da observação e do discurso também. ORQUÍDEA

Eu percebo medo, ansiedade, olhando nos olhos deles. TULIPA

O rosto, a voz também mudam. GÉRBERA

Tão importante quanto identificar os sentimentos que emergem do cuidado é valorizá-los, buscar o seu real significado, no sentido de auxiliar os pacientes a recuperar o seu equilíbrio. A resolução dos problemas físicos não anulará o efeito destes sentimentos sobre o organismo, já que os sentimentos armazenam-se sob forma de memória e podem-se constituir posteriormente em *sentimentos orientativos*. Aí, entra em jogo a homeostase, tão defendida

por Heller (1993), a qual incorpora não só os aspectos biológicos, mas os antropológicos e sociais.

A reflexão sobre a percepção dos sentimentos trazida pelos enfermeiros que participaram do estudo aqui apresentado leva a considerar-se a observação e a sensibilidade como seus principais instrumentos de trabalho.

6.5 – SENTIMENTOS RELACIONADOS COM O MOMENTO DA DOR

A dor possui como resposta emocional mais freqüente a ansiedade e, em se tratando de dor torácica, o medo da morte.

Meltzer (2001) assevera que a sensação eminente de morte associada à dor intensa, a chegada ao hospital e os olhares de angústia dos familiares são, a princípio, os temores vividos pelos pacientes. O estresse emocional se acentua com o enfrentamento da tecnologia: a monitorização cardíaca, a oxigenoterapia, medicações venosas, entre outros.

Ainda mais aqui com a monitorização o tempo todo, o oxigênio que se coloca, ficam super-assustados. O monitor cardíaco é pra matar um... eu percebo como a pessoa fica..VIOLETA

(...)às vezes você vai dar a medicação, a veia está cá em cima e ele aperta a mão ou fica olhando o tempo todo o que você está fazendo. Quando tem oportunidade, fica o tempo todo controlando a pressão lá em cima(no monitor), ou chama você, toca a campainha, ansiedade, ansiedade demais!FLOR DO CAMPO

A dor torácica pode ocorrer de forma súbita, o que torna o processo emocional imediato, impedindo a elaboração de uma resposta emocional adequada, dificultando a manutenção do equilíbrio emocional. Meltzer (2001) aponta como respostas emocionais previsíveis a ansiedade e, associada a ela, a perspectiva de morte súbita.

O medo da morte está presente em situações entendidas pelo indivíduo como ameaçadoras e funciona como um mecanismo de defesa. Os enfermeiros indicaram, na sua entrevista, o medo da morte como a principal manifestação emocional no momento em que os indivíduos sentem a dor torácica.

Expectativa e medo... ele não sabe o que está acontecendo... e a expectativa pelo que vai acontecer com ele a partir daquele momento e o medo porque é tudo novo (...) é medo do que possa acontecer, porque ele sabe a gravidade. HORTENSIA

Heller (1999) considera o medo como um dos sentimentos mais expressivos. Classifica-o de duas formas: como um *afeto* ou como uma *emoção*. O medo iminente da morte vivenciado pelos pacientes quando sentem a dor torácica é considerado um *afeto*, por tratar-se de um estímulo presente cujo estímulo percutor é a dor torácica. O afeto medo é construído a partir de um outro sentimento, a dor, classificada por Heller (1993) como um sentimento que pertence à mesma família dos *impulsos*.

Segundo o filósofo existencialista Heidegger, citado por Mondim (1983), a morte pertence à estrutura fundamental do homem; ela não é uma possibilidade distante, mas constantemente presente. Este filósofo afirma ainda que a morte não é uma possibilidade que ocorre no decurso da vida, mas que acompanha o homem desde o seu nascimento

Oliveira (2001, p.80), investigando a solidão no cotidiano da pessoa idosa e apoiando-se no referencial de Heidegger, descobriu que, neste grupo em especial, as pessoas encaram a morte como

um fim para a existência de sua tristeza e não como possibilidade própria do modo de ser da autenticidade. Esperá-la é viver na perspectiva do descanso, da interrupção da vida e por sua transcendência, uma expectativa freqüente de alcançar a Deus.

Nas unidades de cardiologia, quando o paciente é acometido pela dor torácica, o medo da morte assume um caráter ainda mais acentuado, porque é muito comum ele já ter perdido um familiar ou amigo por causa de doença coronariana. Como se lê em Silva (2004), “Os medos nascidos com a vivência da morte de outra pessoa podem ter o efeito de aumentar os medos da minha própria morte”. Associado ao medo da morte, há ainda o medo do “indesejável prospecto de sofrer, de tornar-se dependente e fraco, perdendo a dignidade.”

Sentem ansiedade no momento da dor.Eles ficam muito ansiosos, às vezes até angustiados. ROSA

Eu percebo uma angústia muito grande, ele fica angustiado com aquela dor.(...) Angústia, ansiedade, você sente, outros falam mesmo

verbalizam: ah eu estou me sentindo muito angustiado, fica aqui perto de mim que eu estou sentindo que vou morrer.FLOR DO CAMPO

A ansiedade é considerada por Heller (1993) um tipo particular de medo que está relacionado à incerteza do significado de um estímulo, entendendo-o como perigoso. Pode ser acompanhada de repercussões características do quadro ansiogênico, como taquicardia, elevação dos níveis pressóricos, aumento da frequência respiratória, agitação, irritabilidade, dispnéia, dentre outros, que podem agravar o comprometimento cardíaco. Desta forma, a ansiedade do paciente deve ser tratada, favorecendo a sua recuperação.

A dor no peito sinaliza o risco iminente de morte ou a aquisição de seqüelas. Assim, após o evento coronariano, sempre fica no paciente um sentimento de incerteza quanto à sua saúde, à sua vida.

No momento em que ele sente a dor torácica, eu percebo nele o medo, medo do desconhecido, sem saber o que está acontecendo com ele. ORQUÍDEA

(...) a gente sente aquela interrogação na hora em que a gente vê o paciente, aquele medo, aquela ansiedade dele...LIRIO

Insegurança, a dor incomoda muito, insatisfação (...) Ou é insegurança, ou é medo, ou é a dor que está incomodando, ou é medo do que pode vir a acontecer. O medo do que vai acontecer. Eu acho que ele desconhece o que está acontecendo com ele e o que vai acontecer depois. GÉRBERA

Defende-se aqui que os diagnósticos de dor, ansiedade e medo, devido ao seu caráter complicador na recuperação dos pacientes coronariopatas, não devem ser menosprezados. Tais diagnósticos são reconhecidos internacionalmente, desde a publicação da Taxonomia I de NANDA (North American Nursing Diagnosis), como sendo de domínio da enfermagem.

Este trabalho não teve por objetivo aprofundar a análise, utilizando a Taxonomia NANDA. A fundamentação teórica escolhida, a *Teoria dos Sentimentos* (HELLER, 1993), traz classificações que podem ser facilmente aplicadas às definições estabelecidas por NANDA no que se refere à *dor*, à *ansiedade* e ao *medo* como diagnósticos de enfermagem.

Sentiu-se, todavia, neste momento, a necessidade de, utilizando-a, justificar o plano dos sentimentos como domínio da enfermagem.

Os profissionais entrevistados defenderam a importância do atendimento às necessidades emocionais dos pacientes com dor torácica. De zero a dez, eles foram indicando o grau de importância atribuído a este atendimento. O valor mínimo atribuído foi oito, e o máximo, dez:

De zero a dez, oito ou nove pelo menos é o grau de importância para as emoções. CRAVO

De zero a dez, nove. Muito importante, tudo faz parte da assistência. ROSA

O grau de importância é dez porque o contato maior é nosso mesmo. LÍRIO

Eu acho importante e de zero a dez... ele tem que valorizar isso em paciente cardíaco... em torno de dez mesmo. MARGARIDA

Eu acho que se existe uma nota de zero a dez eu acho que eu dou dez. FLOR DO CAMPO

(...)de zero a dez eu dou nove para o atendimento às necessidades emocionais... não vou dar dez porque no setor que eu trabalho é importante, mas dez seria o extremo da importância, sem desmerecer o outro lado... melhora muito a questão da assistência, nove é uma nota boa. VIOLETA

De zero a dez eu acho que eu, como enfermeira, acho que é nove, tem que valorizar as emoções. ORQUÍDEA

(...)de zero a dez eu dou nove para a importância. TULIPA

De zero a dez eu daria nove, é muito importante cuidar das emoções. HORTENSIA

A partir do exposto, entende-se que o trabalho em cardiologia permite ao enfermeiro perceber e relacionar os sentimentos manifestos durante o quadro de dor torácica. Os sentimentos mais frequentes neste quadro, de acordo com os enfermeiros participantes deste

estudo, são o medo da morte, vinculado ao comprometimento cardíaco, e a ansiedade, relacionada ao risco de vida e à possibilidade de seqüelas em caso de sobrevivência.

6.6 – CUIDANDO DOS SENTIMENTOS

Os cuidados de enfermagem precisam ter como objetivo o atendimento às necessidades do indivíduo, buscando otimizar o enfrentamento do processo saúde-doença. A dimensão instrumental do cuidado está, conforme Silva (1998, p.76), “diretamente ligada ao fazer com habilidade e conhecimento, ao fazer com qualidade e competência, ao saber fazer”; este “demonstra ter como meta a independência e um viver com melhor qualidade”.

O cuidado deve transcender a técnica com que é feito. Para Barbosa (1999), o cliente deve ser visto a partir de sua existência; o enfermeiro deve estar atento à expressão de sentimentos e necessidades emocionais de quem ele cuida, muitas vezes despercebidos nas unidades intensivas. O cuidar não deve ficar restrito à utilização do conhecimento racional, técnico e científico, mas, sim, “voltado à essência, de autenticidade expressiva, levando em consideração a singularidade e a valorização da intersubjetividade, tão relegada em função de uma habitual e quase forçada prática mecanicista do cuidar em unidades especializadas” (BARBOSA, 1999, p.30).

A gente vem cuidando dos pacientes que sentem dor torácica tanto do ponto de vista técnico, assistência direta ao paciente na beira do leito como é toda terapia intensiva, mas abordando também questões de humanização, de contato com a família, de tentar amenizar, de alguma forma, o sofrimento do paciente e de sua família. (...) CRAVO

Cabe aos enfermeiros, enquanto seres humanos e cuidadores, estabelecer ações com a finalidade de levar ao paciente conforto tanto no aspecto físico como no aspecto psicoafetivo. A humanização parece ser o melhor caminho para a enfermagem, que tem frequentemente se voltado para os cuidados físicos com o paciente, em detrimento dos cuidados emocionais. Os enfermeiros que colaboraram com este estudo estão entre aqueles que vivenciam as emoções dos pacientes e delas cuidam com dedicação.

Dialogar, conversar com o paciente, porque geralmente esse temor, esse medo que aqui geralmente acontece, ele vem... ele surge de uma dúvida. Então você cumprir com aquele papel de educador eu acho que é uma das coisas mais importantes. CRAVO

Essa relação de explicar e esclarecer as dúvidas do doente melhora muito a questão dele ficar mais tranqüilo e ver que não tem nada demais (...) Eu tento esclarecer as dúvidas do doente, chegar junto, minhas ações são por aí.(...) Questionar se tem alguma dúvida e mostrar que a gente está aberto para explicar as coisas, tentar dar um pouco de assistência quando ele solicita VIOLETA

Conversando, explicando o que está acontecendo com ele. Eu acho que um paciente informado, ele é menos problemático, não sei se o termo é esse, mas acho que ele contribui mais com o seu tratamento. (...) porque eu gosto de me apresentar, explicar o processo (...) eu gosto de fazer isso, para ele saber quem é que está cuidando dele, explicar realmente o que está acontecendo com ele. ORQUÍDEA

Como enfermeira é um cuidado tanto terapêutico como humano, a gente parar e conversar um pouquinho e procurar saber o que ele está sentindo, por que está sentindo, por que está chorando (...)TULIPA

Tento conversar, tento tranqüilizar, explicar um pouco sobre a patologia (...)Passar para ele que é o momento que ele tem que mais buscar o equilíbrio, a tranqüilidade, isso vai ajudar a dor melhorar. Muitas vezes existe uma preocupação muito grande deles em como vai ser depois da alta, como vai ser a vida dele. (...)Eu procuro conversar muito, explicando, tirando as dúvidas. ROSA

Estabelecer um diálogo é fundamental para que sejam estimuladas as expressões dos sentimentos e para que se possa estabelecer uma relação de confiança entre aqueles que vivenciam o cuidado. Conversando com o paciente, o enfermeiro pode conhecê-lo melhor, saber de seus medos, de suas dúvidas, esclarecer-lhe questões. O diálogo com o paciente cria melhores condições para sua reabilitação.

A comunicação entre paciente e enfermeiro pode ser estabelecida não somente por meio da linguagem verbal, mas também da linguagem gestual, do olhar, enfim, há várias maneiras de expressar-se. A comunicação não verbal é apontada por Dell'Aqua (1998) como uma possibilidade de o enfermeiro responder às necessidades emocionais no processo de

cuidado. Para Davis (1979) *apud* Dell'Aqua (1998) o próprio toque é uma maneira de comunicar-se. Tocando o paciente, acariciando-o, o enfermeiro lhe transmite conforto, demonstra-lhe amizade, o que o faz sentir-se amparado e protegido, ajudando muito no seu tratamento.

O toque, também para FLOR DO CAMPO e HORTENSIA, deve fazer parte do cuidado com o paciente.

A gente pega no paciente, pega no pé, pega no cabelo, fica ali mesmo grudado e aí vão vendo os outros que a gente está aqui. Não vou dizer que isso vá melhorar a dor do paciente, dependendo da dor, mas ele sente que está sendo cuidado, não é só a medicação que eu estou fazendo para dor. (...) Dando suporte emocional, chegando junto do paciente. FLOR DO CAMPO

Chegar ao paciente e colocar o que está acontecendo com ele, tentando sempre explicar de forma tranqüila, não passar aquela gravidade. (...) Então a gente coloca de uma maneira simples para ele(...) O toque também é muito importante. HORTENSIA

Quando o paciente se sente seguro no seu tratamento, equilibrando suas emoções com o auxílio do enfermeiro, confiando na sua recuperação, ela acontece mais facilmente. Da mesma forma pensam HORTÊNSIA e MARGARIDA:

(...) você tentar passar de forma firme para ele, não como se tivesse demonstrando dúvida... é firme dizendo o que está acontecendo e se mostrando disponível para ajudar, fazendo todos os procedimentos, e se tiver alguma dúvida pode tirar... Diminuir a expectativa(...) É importante que a gente observe, que a gente aja o mais rápido possível e que a gente sempre fale de forma firme, dando segurança para o paciente. HORTENSIA

A maior necessidade dele, assim o que ele precisa e espera da gente como profissional é a segurança, otimismo. Porque ele já está ali bem deprimido mesmo, cheio de interrogações. MARGARIDA

A dependência do paciente em relação aos profissionais de saúde em unidades especializadas em cardiologia, principalmente quando são necessários a monitorização

cardíaca, a oxigenoterapia e o repouso absoluto, é muito grande. O estímulo, porém, ao autocuidado, respeitando as limitações da patologia, é considerado relevante por MARGARIDA:

Eu cuido sempre me colocando no lugar dele (...). Eu acho que você tem que desenvolver suas técnicas deixando ele o mais independente possível. Tudo bem que precisa de um repouso absoluto, mas você não vai ficar dando um remedinho na boca. (...) Não deixar ele com aquele sentimento de inutilidade, de dependência mais do que já está, em cima de uma cama, tomando banho na cama, e isso limita bastante. A técnica você tem que fazer com que ele participe. (...) Como profissional que trabalha com paciente de cardiologia, você tem que transmitir sempre otimismo. MARGARIDA

O cuidado técnico mais freqüente é o monitoramento das funções vitais, com a utilização de recursos farmacológicos prescritos pelo médico, os quais diminuem a dor e reduzem a ansiedade. Para GÉRBERA e LÍRIO a utilização de analgésicos e o diálogo são indispensáveis no atendimento às necessidades emocionais dos pacientes.

(...) eu procuro aliviar a dor com remédios, conversas, explicações do quadro dele, do que pode acontecer com ele, do procedimento que eu vou fazer com ele naquele momento. GÉRBERA

(...) além do diagnóstico que a gente tem para acompanhar, a gente tenta atender comunicando ao médico qual a medicação apropriada para ser usada. (...) A gente tenta tratar vendo o quadro clínico dele e aí a gente vai passando as informações para ele, a gente não esconde nada e tenta passar da melhor forma para que ele se sinta bem e fique mais tranqüilo. LÍRIO

Deixar o paciente informado sobre o que está acontecendo com ele, sobre o seu prognóstico, sobre os procedimentos médicos no seu tratamento, sobre como deverá conduzir sua vida após o evento coronariano é fundamental para fazê-lo sentir-se mais seguro e confortado, suas crises emocionais sendo amenizadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da leitura dos discursos coletados em entrevistas semi-estruturadas feitas com onze enfermeiros que trabalham há mais de dois anos em unidades especializadas de cardiologia, estabeleceram-se seis temas, analisados com base na *Teoria dos Sentimentos*, de Agnes Heller (1993). Através da análise desenvolvida, atingiram-se os objetivos deste estudo: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os sentimentos dos pacientes com dor torácica na vivência de trabalho em unidades de tratamento intensivo de cardiologia e identificar, nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com dor torácica em unidades especializadas em cardiologia, aqueles relacionados às necessidades emocionais.

Quanto ao primeiro tema, **o trabalho em cardiologia**, os enfermeiros entrevistados mostraram-se fascinados pela tecnologia, que inclusive os influenciou na opção por cardiologia como especialização profissional. Admitiram também o conflito por que passam: não se envolver afetivamente com o paciente é o que se aconselha de um lado; do outro lado, a orientação para atender às necessidades emocionais, não só físicas, do paciente.

Na abordagem do segundo tema, **dor e angústia**, os enfermeiros identificaram a dor torácica como do tipo opressiva, de forte intensidade e angustiante.

Abordando o terceiro tema, **os sentimentos de quem cuida**, constatou-se que o comportamento dos enfermeiros participantes da pesquisa é muitas vezes caracterizado pelas ações puramente instrumentais, evitando o envolvimento afetivo com o paciente, mesmo quando ele se mostra muito ansioso e angustiado em decorrência da dor que sente. Tal envolvimento é encarado como um ponto negativo na prática de enfermagem.

Quanto ao quarto tema, a **percepção dos sentimentos pelos enfermeiros**, os profissionais entrevistados disseram que a percepção dos sentimentos e emoções dos pacientes se dá por meio da observação e da sensibilidade, sendo as manifestações mais freqüentes a de dor e medo, expressas na palavra, no grito, na face, no olhar, nos gestos corporais. Vê-se que a presença do enfermeiro à beira do leito é, freqüentemente, indispensável para atender bem ao paciente, percebendo as suas necessidades tanto físicas como emocionais.

A abordagem do quarto tema, **sentimentos relacionados ao momento da dor**, revelou os sentimentos que são percebidos pelos enfermeiros participantes da pesquisa no cuidado com o paciente que sente a dor torácica: medo da morte, vinculado ao comprometimento cardíaco, e ansiedade, relacionada ao risco de vida e à indefinição do que

pode vir a acontecer diante de um problema no coração. Para eles, a percepção da dor e dos sentimentos a ela relacionados é de grande importância. Numa escala de zero a dez, o menor valor atribuído à importância da referida percepção na prática de enfermagem foi oito, e o maior, 10.

Quanto ao sexto e último tema, **cuidando dos sentimentos**, foi essa a principal ação apontada pelos enfermeiros entrevistados para o atendimento às necessidades emocionais do paciente com dor torácica: informar o paciente sobre o que está acontecendo com ele, sobre o seu prognóstico, sobre os procedimentos, sobre as possibilidades terapêuticas e diagnósticas e sobre suas limitações após o evento coronariano. Assim o caráter comunicativo do cuidado se destacou dentre todas as ações e para isto faz uso do diálogo e também do modo não verbal - o toque.

Os pressupostos deste estudo foram comprovados com a análise dos dados, tendo em vista que os enfermeiros que fizeram parte da pesquisa reconheceram a importância do atendimento às necessidades emocionais do paciente. O atendimento tecnológico, pelo que se constatou, continua sendo a prioridade das ações de enfermagem, permanecendo as relações intersubjetivas relegadas ao plano secundário.

Segundo Barbosa (1999), a enfermagem deve sempre reservar um momento para atender às necessidades emocionais do paciente, que, quando mais tranquilo e confiante, recupera-se mais rapidamente. Assim, os profissionais de enfermagem não têm por obrigação apenas cuidar dos problemas de ordem fisiológica, mas também daqueles de ordem emocional.

Os enfermeiros serão mais felizes e farão mais felizes os seus pacientes quando aceitarem como verdade o fato de que seus pacientes, antes de tudo, são seres humanos, e que mais do que nunca precisam de toda ajuda que lhe puderem dar. E os enfermeiros podem e devem ajudá-los muito, basta quererem.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **História Oral a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Ed da Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- ALVES, José G. Aspectos psicossociais do atendimento de emergência. In: Mello, e cols. **Psicossomática hoje**, 2 ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p.345-349.
- AMERICAN PAIN SOCIETY. **Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and câncer pain**. 3 ed, ed. Skokie: American Pain Society, 1993, 41p.
- ARAUJO, T.L., SANTOS, F.L.M.M, Vivendo o infarto: o significado da doença segundo o paciente. **Rev. Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro, 2003, p.742-748.
- ARRUDA, E.N.; MARCELINO, S.R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. **Dimensões da dor no câncer**. Ed. ROBE, 1997. p. 157-189.
- BADINTER, E. É o homem que engendra o homem. In: _____ **XY**: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 266p. p.88-97.
- BASSAN, R. Chest Pain in the Emergency Room- Importance of a Sistematic Approach. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol 74, n.6, 2000, p.I a VIII.
- _____. **Síndrome Coronariana Aguda nas Unidades de Dor Torácica**. São Paulo: Atheneu, 2000, 447p.
- BARBOSA, S.F.F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos: a (re) invenção possível**. Blumenau: Nova Letra, 1999.128p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições70, 1977, p. 233
- BENNER, P., WRUBEL, J. **The Primacy of caring: stress and coping in health and illnes**, Menlo Park, Addison-Wesley, 1989.
- BRAWN, L., BRAWN FILHO, J.L., Dor Aguda. **Dor diagnóstico e tratamento**. Vol.1, n.2, Jul/Ago/Set 2004.
- CAMARGO, A. O Método Qualitativo: Usos e perspectivas. In: Sociologia, Sociologias. **III Congresso Nacional de Sociologia**. Sociedade Brasileira de Sociologia, Brasília, 1987.
- _____, A História Oral e Política. In: MORAES, M. (org). **História Oral**. Rio de Janeiro: Diadorim & FINEP, 1994.
- CAMPOS, E. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: Mello, e cols. **Psicossomática hoje**, 2 ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p.234-251

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jan./fev. 2005, vol.13, no.1, p.105-111

CLARCK, E.G,LEAVELL,H. **Medicina Preventiva**. Recife: McGraw-Hill, 1976,744p.

CORDEIRO, A.L.A.O. et all. Apoio psicológico ao paciente - Uma prioridade da assistência de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**. , 2 (1), junho, 1986, p.

_____, **Segurança Emocional do idoso mutilado**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1988.

DAVIS, F. **Comunicação não verbal**. São Paulo: Summus, 1979.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; ARAUJO, V. A. de; SILVA, M. J. P. da. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, abr. 1998, v.6, n.2, p.17-22.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem:os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993,338p.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3 ed. São Paulo; Atlas, 1986.

GOMES, A.M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo:EPU, 1989, p. 177-218.

GUIRARDELLO, E.et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Tratamento Intensiva. **Rev.Esc.Enf.USP**.v.33, n.2, p.123-9. jun.1999

HALL, C. S. e NORDBY, V.J., **Introdução à psicologia junguiana**, São Paulo, editora Cultrix, 1987.

HELLER, A. **Teoria de los Sentimentos**. 3 ed. Barcelona:Fontamara, 1993. 313p.

HUTTER JR, AM. et all. 31st Bethesda Conference: Emergency Cardiac Care(1999). Task Force 2: Acute Coronary Syndromes; Setion 2B- Chest discomfort evaluation in the hospital. **J Am Coll Cardiol** 2000; 35: p. 853-862.

KRETCH e CRUTCHFIELD, R.S. **Elementos da Psicologia**. 2 ed, São Paulo, pioneira, 1962, 2v.

KOIZUMI, M.S., O atendimento da enfermeira em relação a necessidade de auto imagem. **Enf. Novas Dimensões** – vol 2: p.69-74, 1975.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1988, p.17-214.

LENINGER, M.M. **Leninger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality**, Nursing Science Quarterly, 1998,1, p. 52-160.

- KOIZUMI, M.S, Percepção dos pacientes de Unidade de Tratamento Intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf.USP.** São Paulo, v.13, n.2, p. 135-145, 1979.
- LOBATO, O. O problema da dor. In: FILHO, J.M. e cols. **Psicossomática Hoje**, 2 ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p 253-257
- LOTUFO, P.A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Ver. SOCESP**, vol6, nº5, set/out 1996, p.541-547.
- LUDKE,M., ANDRÉ,M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986, 99p.
- MAFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984, 168p.
- MANDÚ, E.N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ago 2004, vol 12, n.4, p.665-675
- MANSUR, A. Análise do componente genético da doença coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, vol 74, n.6, 2000, p. 531- 533
- MARQUEZ, J.M. Bases de anatomia e fisiopatologia. IN: **Dor diagnóstico e tratamento**, vol 1, abr/mai/jun2004, p.3-10
- MARTINS, J.J., FARIAS, M.E. O cotidiano do trabalho em UTI:problemas Sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.** v.33, n.2, junho 1999, p.123-129
- MAYEROFF, M. **On Caring**. New York, Harper Perennial, 1990, 2 nd.ed.
- MEIHY, J.C.S.B. Definindo a História Oral e Memória. In: **Cadernos CERU**. São Paulo, n.5, s.2, 1994, p.52-60.
- MERHY, EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface-comunicação, saúde, educação**. 2000, 4 (6), p.109-116.
- _____, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. Ed. Loyola: São Paulo, 1996.
- MELLO, Julio. Aspectos psicossociais do atendimento de emergência. In: Mello, e cols. **Psicossomática hoje**, 2 ed, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p.345-349.
- MELTZER, L.E. **Enfermagem na unidade coronária**. 3 ed. São Paulo: editora Atheneu, p.88-91,2001.
- MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. **Interface-comunicação, saúde, educação**. 2000; 4 (6):109-16.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998, 291p.
- MONDIN, B. **Curso de Filosofia**. São Paulo: Edições Paulinas, 1981, p.101-103

MUSSI, F.C. **Padecendo a perda espontânea da ação: o desconforto vivenciado por homens que sofreram infarto agudo do miocárdio.** São Paulo: USP, 2000. Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de pós graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000

MOSSE, G. **L'image de l'homme. L'invention de la virilité moderne.** Paris: Abbeville, 1997, 225p.

NOLASCO, S. A Desconstrução do masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In: ____ **A Desconstrução do masculino.** Rio de Janeiro: Rocco. 1995. p.15-29.

OLIVEIRA, A. P. P. **Solidão: o cotidiano da pessoa idosa no convívio familiar.** 2001. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2001.

PAIM, I. **Curso de Psicopatologia,** São Paulo: Editora Grifalbo, 1997.

PANJU, AA. et all. Is this patient having a myocardial infarction? **JAMA**, 1998; 280; p. 1256-1263.

PIMENTA, C.A. Enfermagem e o manejo da dor. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem,** Salvador-Ba, p.286-308.

PEREIRA, Á. **O Quotidiano profissional do enfermeira(o): das aparências às diferenças de gênero.** 1999. 164f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa, métodos e técnicas.** 2 ed. São Paulo, Atlas, 1989.

RIVEROS, E. R. Posicionamiento de la enfermería: sustentabilidad y proyección. **Rev. Enfermería,** Chile, v. 38, n. 14, p. 27, dec. 2003

URASAKI, M. B. M. **A interconexão da sensibilidade e da razão no cuidado em Enfermagem.** São Paulo, 2000, 143p. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

SANTO, T.J.M.E. **Segurança emocional como necessidade de humana básica – atuação do enfermeiro junto ao cliente em UTI.** Recife, 1985 – Resumo de tese apresentada no XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

SANTOS, M., PELEGRINO, T. **Cirurgias Cardiovasculares: complicações no pós operatório imediato.** Salvador: Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem, UFBA, 2000.

SANTOS, R.D. et al. Aspectos epidemiológicos das doenças cardiovasculares em nosso meio: tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil de 1979 a 1996. **Revista da SOCESP,** vol 11, n.4, julho/agosto 2001, p.715-721

SARTI, C.A. **A dor o indivíduo e a cultura**. <http://apsp.org.br/saudesociedade/X/dor.htm>.
capturado em 13/12/2004

SAWARA, B.B. A emoção como locus de produção do conhecimento – uma reflexão inspirada em Vygtsky e seu diálogo com Espinosa. **II Conferência de pesquisa sócio-cultural**. São Paulo, Julho, 2000.

SIBBALD, W.J., Inman, K.J. Problems in assessing the thecnology of critical care medicine. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.8, n.3, p.419-443, 1992.

SILVA, A.L. Cuidando como um momento de troca. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Salvador-Ba, p.74-79.

SILVA, C.A. **O significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar: história oral de idosos**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2004.

SIMÃO, A.T. **Terapia Intensiva**. Rio de janeiro: Atheneu, 1976, 650p.

STRAIN,J.J. the problem of pain. In: STRAIN, J.J., GROSSMAN, S. **Psychological care of medically ill**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1975.

TELES, A.X. **Psicologia Moderna**, São Paulo, editora Àtica, 1974.

TRIVIÑOS,A.N.S. **Introdução as pesquisas sociais: a pesquisa qualitativa em educação**, São Paulo: Atlas, 1987.

TOURTIER, C. Arquivos: propostas metodológicas. In: FERREIRA, M.M., AMADO, J.(org) **Usos & abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: ed. Da Fundação Getúlio Vargas, 1996, p.233-246.

VITAL, D.L. Os Sentimentos que Envolvem a Valoração do Trabalho das Enfermeiras. **Dissertação de Mestrado em Enfermagem** – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1996.

WALDOW, R.V. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **R. gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n.01, p.20-32, jan 1998.

_____. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2 ed. Porto Alegre: editora Sagra Luzzatto. 1999.

WALTERS, A.J. Technology and the lifeworld of critical care nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v.22, n.2, p.338-346, 1995.

ANEXO A – SISNEP

ANEXO B – OFÍCIO PARA AUTORIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS

Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem



Salvador, de julho de 2005

Ilm^a Sra. Enf^a
MD Coordenadora de Enfermagem da Unidade

Prezada Senhora,

Venho através desta, solicitar a V.S^a, autorização para Moelisa Queiroz dos Santos, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, matriculada na área de Concentração O Cuidar em Enfermagem, deste Programa de Pós Graduação, proceder levantamento de dados para fins da sua Dissertação de Mestrado, cujo projeto intitula-se: **“A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA: Convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado”**, aprovado em de do corrente ano, pelo Comitê de ética desta conceituada instituição.

Na certeza de vossa colaboração, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Moelisa Queiroz dos Santos

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. DADOS SOBRE A PESQUISA

MESTRANDA: Moelisa Queiroz dos Santos

TELEFONE: 88939137/3329-1831

E-MAIL: moelisa.q@ig.com.br

TÍTULO DA PESQUISA: A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA:
Convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado

DURAÇÃO DA PESQUISA: 02 meses

II. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO ENTREVISTADOR AO COLABORADOR DA PESQUISA

OBJETIVO: conhecer a percepção da(o)s enfermeiras(o)s sobre os sentimentos dos pacientes com dor torácica na vivência de trabalho em unidades de tratamento intensivo de cardiologia e identificar nos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com dor torácica, em unidades especializadas em cardiologia, aqueles relacionados às necessidades emocionais.

JUSTIFICATIVA: Considero que a relevância deste estudo consiste no fato de que é necessário conhecer e compreender o que a(o) enfermeira(o) considera importante no atendimento ao paciente com dor torácica e como os componentes emocionais são percebidos neste contexto.

SUJEITOS: Enfermeiros com mais de dois anos atuando em unidades especializadas de cardiologia, que trabalham em um Hospital de referência em cardiologia da cidade de Salvador/Ba.

METODOLOGIA: Os dados serão coletados através da entrevista semi-estruturada, tendo a história oral temática com depoimento gravado como metodologia adotada. A análise de dados terá como método a Análise de Conteúdo Temática.

BENEFÍCIOS: É possível que tal constatação favoreça ao desenvolvimento de um cuidado efetivamente mais humanizado, buscando minimizar os possíveis efeitos danosos das emoções sobre a evolução do quadro clínico.

RISCOS DA PESQUISA: sem risco.

III. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

Aos profissionais de enfermagem que aceitarem participar da pesquisa será garantido:

1. Acesso a qualquer tempo, às informações sobre riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade ao seu trabalho na instituição.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

IV. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

NOME DA ENFERMEIRA _____

ENDEREÇO _____

UNIDADE DE TRABALHO _____

TELEFONE _____ E-MAIL _____

Declaro que fui informada da proposta de trabalho a ser realizada pela enfermeira Moelisa Queiroz dos Santos, aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e aceito participar voluntariamente do estudo, autorizando a utilização do conteúdo das minhas informações para fins científicos, porém respeitando com sigilo absoluto as informações confidenciais, conforme a Resolução 196/96 que regulamenta pesquisas com seres humanos.

Salvador, _____, de _____ 2005

Pesquisador

Entrevistado

ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA

**Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem**

**INSTRUMENTO DE COLETA****A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA:
Convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado**

Identificação:

Idade:

Tempo de trabalho na unidade:

Turno de trabalho:

- I- Conte-me a sua história profissional nesta unidade de cardiologia
- 1.1- Como você vem cuidando dos pacientes com dor torácica?
- 1.2- De que forma os sentimentos estão presentes no seu cotidiano de trabalho?
- 1.3- Quais os sentimentos que você percebe com maior frequência nos pacientes com dor torácica?
- 1.4- Como você percebe estes sentimentos?
- 1.5- Qual o grau de importância que você atribui ao atendimento das necessidades emocionais pelo enfermeiro?
- 1.6- Dentro da sua rotina de trabalho como você procura atender as necessidades emocionais de pacientes com dor no peito?

ANEXO E – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PRÉ-TESTE



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem



INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO PRÉ-TESTE

A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM DOR TORÁCICA: Convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado

Identificação:

Idade:

Tempo de trabalho na unidade:

1) Você achou este questionário fácil de responder?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

2) A ordem das questões está adequada?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

3) Houve exagero no número de questões?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

4) O vocabulário é acessível ou você teve alguma dúvida?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

5) A linguagem usada é acessível?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

6) As perguntas são superficiais?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

7) Alguma questão pode causar impacto ou constrangimento?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

8) Os dados recolhidos são válidos para esta pesquisa?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

9) As questões são inconsistentes com o estudo?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

10) Tem alguma questão que você gostaria de sugerir outra redação?

SIM NÃO

JUSTIFIQUE _____

ANEXO F - ANÁLISE DE ENTREVISTAS

O TRABALHO EM CARDIOLOGIA

(...) desde o começo, desde o meu quarto semestre da faculdade, eu disse que eu ia fazer cardiologia. Só que eu via as coisas de uma maneira mais técnica, até mesmo porque eu via assim:[...] dentre as várias especialidades, a área que mais se desenvolvia, com rapidez maior, era a cardiologia. Então eu achava isso muito interessante, é uma coisa muito tecnicista. CRAVO

Cardiologia foi uma área que eu sempre fui fascinada (...) eu adoro trabalhar com cardiologia e essa combinação cardio e terapia intensiva é perfeita..ORQUIDEA

A minha entrada na (...) se deu muito em função de eu vindo desde a faculdade me identificando com cardiologia, e também a necessidade, que eu achava que enfermeira tinha que ser de UTI. Enfermeiro tinha que passar pela UTI porque ele precisava aprender determinados procedimentos. FLOR DO CAMPO

Como cardiologia sempre foi uma coisa que me chamou a atenção, então eu achei ótimo e fiquei super feliz quando soube que eu tinha sido indicada. ROSA

(...) o que eu gosto realmente é cardiologia. TULIPA

(...) comecei a trabalhar com cardiologia, sempre foi a área que eu mais gostei, mais me identifiquei e trabalhei nisso. ALECRIM

Eu tinha muita vontade de trabalhar em cardiologia porque eu tinha parentes com problema em cardiologia. LIRIO

DOR E ANGÚSTIA

Esse paciente chega muito ansioso, às vezes sudoreico, com aquela dor no peito, que dizem que é sufocante. Eu nunca senti, mas dizem

que é um aperto, é muito sufocante (...) o paciente com dor torácica ele chega com uma sudorese, uma dispnéia. HORTENSIA

(...)porque eles descrevem a dor como tão forte, que eles têm medo da dor ir tomando e levar à morte. MARGARIDA

Muitos sentem a dor muito forte. VIOLETA

(...)no momento da dor, todos relatam que é uma dor insuportável, é uma coisa angustiante, opressiva, que sufoca. Então no momento em que eles mais ficam angustiados é no momento da dor. ROSA

Quando o paciente diz que está sentindo dor é diferente. Tem pacientes que estão sentindo dor e continuam olhando para você da mesma forma de quando você chegou ao início do plantão que ele te olhou pela primeira vez. Outros fazem aquela força de apertar a mão, uma vez um quase esmaga a minha mão, outros começam a gritar, tocam a campainha por segundo apesar de você fazer a medicação. FLOR DO CAMPO

Muitas vezes o paciente não se queixa de dor; às vezes fica guardando a dor com medo de você intervir com alguma coisa, não quer te preocupar... quando ele fala que está com dor é porque já está ultrapassando os limites. ALECRIM

Tem uns que ficam ali com dor, que está suando frio, sentindo dor mesmo, mas são mais fortes, não exteriorizam mesmo até por questão de formação... e se for homem pior ainda, que tem toda aquela coisa que não pode ser fraco, quando tem um paciente do sexo masculino que sente dor no peito e se entrega às emoções dele deixa transparecer... de fato eles pedem desculpa por terem sido fracos e você diz não, que nada. MARGARIDA

Depende muito do paciente, se é homem ou mulher... FLOR DO CAMPO

Existem mil fatores que interferem nessa dor, a idade, o gênero. Para mim tudo isso está voltado. Mulheres sentem mais dor do que os homens, ou não... você tem que avaliar todos esses fatores e o

momento do paciente, a questão emocional dele, principalmente por estar dentro de uma UTI confinado, com um monte de gente, vivenciando um processo patológico que para ele às vezes é desconhecido...Será que alguém chegou lá e disse você tem isso... seu prognóstico, suas condições de vida são essas e seu tratamento é esse. ORQUÍDEA

As dores no peito que os nossos pacientes geralmente sentem são: dor no pós-operatório (...)É mais esporádica a dor no peito não cirúrgica, (...) alguns chegam assintomáticos e outros pouco sintomáticos e a gente vai trabalhando isso, questionando essa dor, geralmente a gente pede uma nota de zero a dez. TULIPA

Primeiro eu tento avaliar algum fator que vá interferir, gerando essa dor. A gente tem que ver também se não é uma dor psicológica, às vezes é uma paciente extremamente ansiosa, que tenta chamar a atenção, sugerindo dor. Pode ser uma dor porque quer atenção, está se sentindo carente, confinada dentro de uma UTI e utiliza a dor para chamar a atenção dos funcionários. Agora quando o paciente chama relacionando a uma dor torácica, eu tento ver se é compressiva, se estende para dorso, quando começa, quando termina, se tem duração. È complicado também a gente avaliar limiar de dor, por mais que diga de zero a dez é preciso ter uma escala com parâmetros dessa numeração, porque dez para ele pode ser um para o outro, então cada um tem o seu limiar de dor. ORQUÍDEA

OS SENTIMENTOS DE QUEM CUIDA

A forma como alguns pacientes falam me dá uma angústia, a depender de como ele vai relatar essa dor, a gente até sofre por eles. ORQUÍDEA

A princípio eu ficava um pouquinho assim... junto com a ansiedade de saber que tinha que fazer tudo aquilo, eu ficava muito ansiosa, mas depois eu percebi que não há necessidade disso(...)como se eu fosse o paciente, é aquilo que a gente tem que tentar fazer, se colocar do lado e como se fosse o paciente, como ele está se sentindo como ele gostaria de ser tratado. HORTENSIA

(...)a gente, enquanto profissional, foge muito da questão de se envolver com o doente. Não se é porque você está preocupado em resolver logo o problema dele que você sabe que é um problema grave e que ele pode morrer (...) e aí aqui na unidade de emergência a gente esquece um pouco dessa questão emocional, eu percebo muito isso. VIOLETA

(...)a gente aprende desde a faculdade a tentar controlar as emoções da gente e não se envolver muito com o paciente, então eu sempre procuro de certa forma fazer isso. Porque eu sou uma pessoa muito sensível ROSA

(...) a gente, na hora da crise da angina, você não pode deixar de certa forma suas emoções interferirem, porque o paciente espera de você uma segurança. Ele sim pode se dar “o luxo” de ficar abalado, mas nós não. Por mais que a gente se sensibilize, a gente não pode deixar transparecer isso, então a gente tem que se controlar, controlar suas emoções para dar um apoio a ele. Aquela questão: nós, profissionais da área de saúde, temos sempre que transparecer aquela segurança, por isso que nós somos taxados de profissionais frios, mas não é questão de frieza, não quer dizer que a gente não sinta, não sofra com o paciente, é que a gente não pode exteriorizar isso para ele, porque a gente sabe que isso vai prejudicá-lo. MARGARIDA

A PERCEÇÃO DAS EMOÇÕES PELOS ENFERMEIROS

(...) pelo fato de se estar falando em coração, as pessoas tendem a ficar mais sensíveis. Eu sempre coloco dessa forma: rim você tem dois, braço você tem dois, coração você só tem um (...) Então as pessoas, até por uma questão de vivência do que a gente aprende desde criança, as emoções estão centradas no coração das pessoas, então se dá uma importância muito grande. CRAVO

(...)o coração é o dono de tudo em tese. FLOR DO CAMPO

(...) tem um problema no coração, que é o órgão que todos nós temos a idéia que o coração é o órgão principal do organismo e realmente é. Esse órgão pode ter alguma coisa séria, pode parar (...). TULIPA

Geralmente esses pacientes com dor no peito, no coração, a gente percebe que existe uma fragilidade muito grande. Ali é o ponto de tudo, de todo organismo. O paciente sente assim... se ele sente dor no coração... é diferente se ele sente de dor na perna, porque eles acham que ali é o centro de tudo, o coração é o centro de tudo, se parar ali, pára tudo. A dor na perna não, ele pode ficar sem uma perna, sem um braço. GÉRBERA

A observação do paciente, pela expressão corporal, pela fala, pelas perguntas, pelos sintomas da dor, pelos momentos em que essas dores acontecem. CRAVO

No hospital a observação é o carro chefe. Às vezes o paciente não fala, mas você com a clínica consegue associar o que ele está querendo passar. HORTENSIA

Às vezes eu percebo que aquele paciente está meio retraído (...)cada um tem sua forma de demonstrar que está com aquele emocional abalado. ROSA

Existe um perfil de cada paciente.Existem aqueles pacientes que exteriorizam mais, que são mais... deixam realmente transparecer, que quando estão com dor no peito ficam realmente dependentes, pede para segurar a mão... Tem uns não que ficam ali com dor, que estão suando frio, sentindo dor mesmo, mas são mais fortes, não exteriorizam mesmo. MARGARIDA

(...) como ele me fala, do que ele está dizendo para mim. Até mesmo você sente a maneira como ele está falando,quando está fazendo o ECG às vezes você sente o paciente meio trêmulo, certa inquietude, você vê a respiração ofegante, você vê apertando o lençol (...) às vezes você vai dar a medicação, a veia está cá em cima e ele aperta a mão ou fica olhando o tempo todo o que você está fazendo (...) A gente percebe, na passagem de plantão vai passando leito a leito, isso é muito importante, já vai olhando o paciente e ele te olha meio diferente e você percebe que ele não está te achando bonita, ele quer dizer alguma coisa. Eu acho que é o sétimo sentido, o oitavo sentido, eu não sei ... FLOR DO CAMPO

Eu percebo essas emoções ou pelo discurso ou por face, face de dor, através da observação e do discurso também. ORQUÍDEA

Eu percebo medo, ansiedade, olhando nos olhos deles.TULIPA

O rosto, a voz também mudam. GÉRBERA

SENTIMENTOS RELACIONADOS COM O MOMENTO DA DOR

Ainda mais aqui com a monitorização o tempo todo, o oxigênio que se

coloca, ficam super-assustados. O monitor cardíaco é pra matar um... eu percebo como a pessoa fica..VIOLETA

(...)às vezes você vai dar a medicação, a veia está cá em cima e ele aperta a mão ou fica olhando o tempo todo o que você está fazendo. Quando tem oportunidade, fica o tempo todo controlando a pressão lá em cima(no monitor), ou chama você, toca a campainha, ansiedade, ansiedade demais!FLOR DO CAMPO

Expectativa e medo... ele não sabe o que está acontecendo... e a expectativa pelo que vai acontecer com ele a partir daquele momento e o medo porque é tudo novo (...) é medo do que possa acontecer, porque ele sabe a gravidade. HORTENSIA

Sentem ansiedade no momento da dor.Eles ficam muito ansiosos, às vezes até angustiados. ROSA

Eu percebo uma angústia muito grande, ele fica angustiado com aquela dor.(...) Angústia, ansiedade, você sente, outros falam mesmo verbalizam: ah eu estou me sentindo muito angustiado, fica aqui perto de mim que eu estou sentindo que vou morrer.FLOR DO CAMPO

No momento em que ele sente a dor torácica, eu percebo nele o medo, medo do desconhecido, sem saber o que está acontecendo com ele. ORQUÍDEA

(...) a gente sente aquela interrogação na hora em que a gente vê o paciente, aquele medo, aquela ansiedade dele...LIRIO

Insegurança, a dor incomoda muito, insatisfação (...) Ou é insegurança, ou é medo, ou é a dor que está incomodando, ou é medo do que pode vir a acontecer. O medo do que vai acontecer. Eu acho que ele desconhece o que está acontecendo com ele e o que vai acontecer depois. GÉRBERA

De zero a dez, oito ou nove pelo menos é o grau de importância para as emoções. CRAVO

De zero a dez, nove. Muito importante, tudo faz parte da assistência. ROSA

*O grau de importância é dez porque o contato maior é nosso mesmo.
LÍRIO*

Eu acho importante e de zero a dez... ele tem que valorizar isso em paciente cardíaco... em torno de dez mesmo. MARGARIDA

*Eu acho que se existe uma nota de zero a dez eu acho que eu dou dez.
FLOR DO CAMPO*

(...)de zero a dez eu dou nove para o atendimento às necessidades emocionais... não vou dar dez porque no setor que eu trabalho é importante, mas dez seria o extremo da importância, sem desmerecer o outro lado... melhora muito a questão da assistência, nove é uma nota boa. VIOLETA

De zero a dez eu acho que eu, como enfermeira, acho que é nove, tem que valorizar as emoções. ORQUÍDEA

(...)de zero a dez eu dou nove para a importância. TULIPA

*De zero a dez eu daria nove, é muito importante cuidar das emoções.
HORTENSIA*

CUIDANDO DOS SENTIMENTOS

A gente vem cuidando dos pacientes que sentem dor torácica tanto do ponto de vista técnico, assistência direta ao paciente na beira do leito como é toda terapia intensiva, mas abordando também questões de humanização, de contato com a família, de tentar amenizar, de alguma forma, o sofrimento do paciente e de sua família. (...) CRAVO

Dialogar, conversar com o paciente, porque geralmente esse temor, esse medo que aqui geralmente acontece, ele vem... ele surge de uma dúvida. Então você cumprir com aquele papel de educador eu acho que é uma das coisas mais importantes. CRAVO

Essa relação de explicar e esclarecer as dúvidas do doente melhora muito a questão dele ficar mais tranqüilo e ver que não tem nada demais (...) Eu tento esclarecer as dúvidas do doente, chegar junto, minhas ações são por aí.(...) Questionar se tem alguma dúvida e mostrar que a gente está aberto para explicar as coisas, tentar dar um pouco de assistência quando ele solicita VIOLETA

Conversando, explicando o que está acontecendo com ele. Eu acho que um paciente informado, ele é menos problemático, não sei se o termo é esse, mas acho que ele contribui mais com o seu tratamento. (...) porque eu gosto de me apresentar, explicar o processo (...) eu gosto de fazer isso, para ele saber quem é que está cuidando dele, explicar realmente o que está acontecendo com ele. ORQUÍDEA

Como enfermeira é um cuidado tanto terapêutico como humano, a gente parar e conversar um pouquinho e procurar saber o que ele está sentindo, por que está sentindo, por que está chorando (...)TULIPA

Tento conversar, tento tranquilizar, explicar um pouco sobre a patologia (...)Passar para ele que é o momento que ele tem que mais buscar o equilíbrio, a tranquilidade, isso vai ajudar a dor melhorar. Muitas vezes existe uma preocupação muito grande deles em como vai ser depois da alta, como vai ser a vida dele. (...)Eu procuro conversar muito, explicando, tirando as dúvidas. ROSA

A gente pega no paciente, pega no pé, pega no cabelo, fica ali mesmo grudado e aí vão vendo os outros que a gente está aqui. Não vou dizer que isso vá melhorar a dor do paciente, dependendo da dor, mas ele sente que está sendo cuidado, não é só a medicação que eu estou fazendo para dor. (...) Dando suporte emocional, chegando junto do paciente. FLOR DO CAMPO

Chegar ao paciente e colocar o que está acontecendo com ele, tentando sempre explicar de forma tranquila, não passar aquela gravidade. (...) Então a gente coloca de uma maneira simples para ele(...) O toque também é muito importante.HORTENSIA

(...) você tentar passar de forma firme para ele, não como se tivesse demonstrando dúvida... é firme dizendo o que está acontecendo e se mostrando disponível para ajudar, fazendo todos os procedimentos, e se tiver alguma dúvida pode tirar... Diminuir a expectativa(...)É importante que a gente observe, que a gente aja o mais rápido possível e que a gente sempre fale de forma firme, dando segurança para o paciente. HORTENSIA

A maior necessidade dele, assim o que ele precisa e espera da gente

como profissional é a segurança, otimismo. Porque ele já está ali bem deprimido mesmo, cheio de interrogações. MARGARIDA

Eu cuido sempre me colocando no lugar dele (...). Eu acho que você tem que desenvolver suas técnicas deixando ele o mais independente possível. Tudo bem que precisa de um repouso absoluto, mas você não vai ficar dando um remedinho na boca. (...) Não deixar ele com aquele sentimento de inutilidade, de dependência mais do que já está, em cima de uma cama, tomando banho na cama, e isso limita bastante. A técnica você tem que fazer com que ele participe. (...) Como profissional que trabalha com paciente de cardiologia, você tem que transmitir sempre otimismo. MARGARIDA

(...) eu procuro aliviar a dor com remédios, conversas, explicações do quadro dele, do que pode acontecer com ele, do procedimento que eu vou fazer com ele naquele momento. GÉRBERA

(...) além do diagnóstico que a gente tem para acompanhar, a gente tenta atender comunicando ao médico qual a medicação apropriada para ser usada. (...) A gente tenta tratar vendo o quadro clínico dele e aí a gente vai passando as informações para ele, a gente não esconde nada e tenta passar da melhor forma para que ele se sinta bem e fique mais tranquilo. LIRIO