

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ana Cristina de Oliveira Abraão Santesso

Prática Educativa na Hemodinâmica: Repercussões da Atuação do Enfermeiro

Juiz de Fora
2015

Ana Cristina de Oliveira Abraão Santesso

Prática Educativa na Hemodinâmica: Repercussões da Atuação do Enfermeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Denise Barbosa de Castro Friedrich

Juiz de Fora

2015

Imprimir na parte inferior, no verso da folha de rosto a ficha disponível em:
<http://www.ufjf.br/biblioteca/servicos/usando-a-ficha-catalografica/>

Ana Cristina de Oliveira Abraão Santesso

Prática Educativa na Hemodinâmica: Repercussões da Atuação do Enfermeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* – Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 16 de julho de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Denise Barbosa de Castro Friedrich - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Kênia Lara Silva
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos pacientes que, há dez anos, perpassam pelos meus caminhos e que inconscientemente fazem da minha história profissional e acadêmica um livro de constantes buscas de conhecimento e aprendizado na vida e na saúde.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu mestre e mentor, Jesus Cristo, que, ao meu lado, sempre caminha e me guia, conduzindo meus passos a favor do bem, iluminando minha mente na busca da sabedoria.

Aos meus pais que me auxiliam na condução dos estudos e da vida, que corroboram com meu amadurecimento e aperfeiçoamento, trazendo os conceitos de educação e família, assim como minhas irmãs que dispensaram a mim todo carinho e afeto.

À minha família, meu esposo e minha filha, que, como um anjo enviado por Deus, nasceu durante o curso de mestrado para provar que somos fortes e podemos mais.

À minha professora e orientadora que não abandonou minha ideia inicial de desenvolvimento de um trabalho, que hoje se faz presente no formato desta dissertação. Com sua presteza ajudou significativamente para que eu caminhasse bem e chegasse até aqui. Sou muito grata por sua orientação e por confiar em mim, proporcionando-me tranquilidade nos momentos de inquietação inerentes à pesquisa.

Aos professores e demais colaboradores do curso de Mestrado em Enfermagem.

Aos amigos com os quais compartilhei momentos de alegria e aflição, que acreditaram e me fortaleceram a seguir esta escolha, etapa fundamental da minha vida.

“... para mim, é impossível existir sem sonho. A vida na sua totalidade me ensinou como grande lição que é impossível assumi-la sem risco”.

Paulo Freire

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, comparativo, baseado no referencial da hermenêutica dialética, cujo objetivo foi analisar as repercussões imediatas da ação educativa do enfermeiro, através da sala de espera na hemodinâmica, junto aos pacientes e acompanhantes antes de um procedimento de intervenção cardiovascular. A educação é um instrumento que contribui para a formação das pessoas e do mundo. A educação em saúde é entendida como uma prática que trabalha junto ao indivíduo estratégias de mudança em seu benefício, para seu próprio bem-estar, desenvolvendo um pensamento reflexivo e posteriormente crítico sobre os próprios atos e cultura, possibilitando melhoras no estado de saúde. O cateterismo cardíaco é um exame de diagnóstico por imagem, amplamente utilizado na investigação das coronariopatias e valvulopatias cardíacas estudadas no setor de hemodinâmica. A enfermagem que atua neste serviço tem grande importância no que tange às orientações em saúde com vistas ao bem-estar dos pacientes acometidos por doenças cardiovasculares e que são encaminhados para diagnóstico ou tratamento. Realizou-se entrevista semiestruturada com cinco pacientes e cinco acompanhantes antes da e após a ação educativa de enfermagem. Os dados encontrados foram submetidos à análise proposta por Minayo composta pelas etapas de ordenação, classificação e análise final. Os resultados possibilitaram a construção das seguintes categorias: desvendando o desconhecido; em busca de um protagonista; orientações de enfermagem como forma de esclarecimento e alívio da ansiedade. Através destas, identificamos a existência de lacunas nas informações sobre o procedimento; ausência de um mediador do conhecimento técnico-científico que auxilie na construção de saberes e troca de experiências; um cenário onde pacientes e acompanhantes se sentem ansiosos e temerosos pela espera por algo que não conhecem, mas também demonstraram a importância das orientações de enfermagem para melhora da ansiedade e busca de outros saberes. A prática educativa implementada demonstrou ser de grande relevância para atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica, corroborando para melhor compreensão do exame, maior qualidade de informação e controle do nível de ansiedade.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Saúde; Cateterismo Cardíaco.

ABSTRACT

It is a study of qualitative approach, descriptive, comparative, based on the dialectic hermeneutics reference whose aim was to analyze the immediate repercussions of educational action of the nurses, through the waiting room in hemodynamics, with patients and companions before of an interventional cardiovascular procedure. Education is a tool that contributes to the formation of people and of the world. Health education is understood as an educational practice that works with the individual to critical and liberating vision of living conditions, aiming to change strategies for their benefit, for your own well-being, developing a critical reflective thinking and later on the own actions, culture, enabling improvements in health status. Cardiac catheterization is a test of diagnostic imaging, high resolution, widely used in the investigation of coronary artery disease and cardiac valve disorders studied in the hemodynamic sector. The nursing acting in this service is of great importance when it comes to health orientation with a view to the welfare of patients suffering from cardiovascular disease and who are referred for diagnosis or treatment. Was held semi-structured interview with five patients and five companions before and after the nursing education action. Data were subjected to analysis proposed by Minayo comprised by ordination of data, data classification and final analysis. The results allowed the construction of the following categories: uncovering the unknown; looking for a protagonist; nursing's orientation as a way to enlightenment and relief from anxiety. Through these, we identified the gaps in information about the procedure; absence of a mediator of technical and scientific knowledge to assist in the construction of knowledge and exchange of experiences; a scenario where patients and companions feel anxious and fearful waiting for they do not know, but also the importance of nursing guidelines for improvement in anxiety and search for other knowledge. The implemented educational practice proved to be of great relevance for nursing work in the hemodynamics service corroborating to better understanding the exam, better information and relief of the level of anxiety.

Keywords: Nursing; Health Education; Cardiac Catheterization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Síntese das entrevistas pré-orientações de enfermagem.....	43
Quadro 2 – Síntese das entrevistas pós-orientações de enfermagem.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	13
1.1- ENFERMAGEM E HEMODINÂMICA.....	16
1.2- PRÁTICA EDUCATIVA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DO ENFERMEIRO	21
1.3- SALA DE ESPERA COMO CENÁRIO DE APRENDIZAGEM	28
1.4- O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE	31
2- OBJETIVOS	36
2.1- GERAL	36
2.2- ESPECÍFICO	36
3- PERCURSO METODOLÓGICO	37
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1- DESVENDANDO O DESCONHECIDO	46
4.2- EM BUSCA DE UM PROTAGONISTA.....	49
4.3- ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM COMO FORMA DE ESCLARECIMENTO E ALÍVIO DA ANSIEDADE	57
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	74
APÊNDICE A- TESTE PILOTO	75
APÊNDICE B- TCLE.....	76
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA	77
APÊNDICE D- QUADRO DAS FALAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem evoluiu consideravelmente no que tange à cardiologia intervencionista e vem caminhando em uma linha que traça um percurso de desenvolvimento da assistência pelo próprio crescimento da cardiologia e pela sofisticação e inovação tecnológica, que exigem versatilidade e capacitação adequada dos profissionais em relação aos procedimentos realizados nesta área.

Em meio ao crescimento das ações de enfermagem no ambiente da hemodinâmica, também é possível perceber a necessidade que a maioria dos pacientes apresenta de compreender sobre seu estado de saúde quando se depara com as doenças do coração.

Após iniciar minhas atividades como enfermeira de hemodinâmica, minha prática diária e a necessidade de atender as demandas do serviço instigaram-me a conhecer e me especializar nesta área para acompanhar as constantes mudanças. As atividades desenvolvidas no serviço, por mim ainda desconhecido, levavam-me a compreender mais profundamente a fisiologia cardiovascular e as ações inerentes ao profissional enfermeiro.

Passados cinco anos vivenciando essa experiência, em instituições privadas e públicas, ficou perceptível que a maioria dos enfermeiros buscava um conhecimento especializado para assistência ao paciente, gerenciamento da unidade e treinamento da equipe, do que não me excluiu. Contudo, com o passar do tempo e da convivência em meio a pacientes com uma diversidade de características socioeconômicas e culturais, ficou ainda mais clara a vontade de compartilhar conhecimentos com as pessoas que se encaminhavam para fazer exames, conversando sobre todo o processo saúde-doença e os procedimentos realizados no setor.

Muitas foram as buscas por um conhecimento ampliado no âmbito da enfermagem em hemodinâmica e me deparei com a escassez de literatura específica ao corpo de conhecimentos da enfermagem, o que passou a ser mais um incentivo para construção de novos saberes.

Tive a possibilidade de me aproximar da realidade dos pacientes, perceber seus anseios e dúvidas, realizar orientações e intervenções para prevenção de agravos e utilizar a educação em saúde como meio para fortalecer a relação profissional-paciente, tendo em vista o pouco conhecimento que a maioria dos pacientes expressava.

Este foi o ponto de partida. A educação em saúde como elo para maior proximidade e relacionamento com os pacientes encaminhados para exames de intervenção cardiovascular.

Assim, durante a rotina de trabalho, a equipe técnica de enfermagem e eu fazíamos orientações em todos os momentos em que o paciente permanecia no serviço de hemodinâmica.

Para os pacientes e seus acompanhantes, a hemodinâmica era vista como um setor que, inicialmente, assombrava e causava medo, ansiedade, pois se viam em um local onde seu corpo seria “invadido”, o que caracteriza, mais uma vez, a necessidade de uma intervenção com vistas ao esclarecimento e educação voltados para a saúde e alívio destes sentimentos.

Entre os procedimentos realizados, o cateterismo cardíaco era o mais prevalente. Segundo Quilici *et al* (2014, p. 255), é um procedimento que se refere ao “ato de acessar o coração através de cateteres intravasculares, para estudar a sua anatomia e fisiologia, buscando diagnosticar patologias através da mensuração de pressões intracavitárias e de oximetrias, e da injeção de contraste para a visualização das câmaras cardíacas, dos grandes vasos e artérias coronárias pela injeção de contraste durante o procedimento”.

Toda esta invasão ao órgão responsável pela vida, em alguns pacientes ou acompanhantes, era geradora de conflitos internos. O sentimento de ameaça e o medo do diagnóstico eram pertinentes, tendo em vista que as doenças do aparelho circulatório representam uma das principais causas de morte no Brasil, sendo as doenças isquêmicas do coração responsáveis por 31,4% destes óbitos. Dentre as doenças isquêmicas, o infarto agudo do miocárdio corresponde a 25,2% desta proporção (BRASIL, 2013).

Dentro dessa realidade de adoecimento, principalmente de doenças vinculadas ao sistema cardiovascular, pode surgir também o estresse no meio familiar, que desencadeia um círculo de mútuas influências entre paciente, doença e família que irão determinar os comportamentos deste paciente e de seus familiares. Comportamentos que, na minha vivência, eram expressos pelos pacientes na sala da hemodinâmica, ou pelos próprios acompanhantes durante a espera.

O medo, a insegurança, a cultura e a predominância de conhecimentos ditos populares, que veiculam conceitos negativos, fazem com que seja necessária a intervenção de profissionais através dos saberes técnicos e práticos.

Uma atuação de enfermagem coerente e baseada em um conhecimento técnico-científico em desenvolvimento crescente, como é o caso da enfermagem na cardiologia intervencionista, e que paralelamente atenda às necessidades do paciente, visando ao bem-estar, requer um olhar crítico e uma tomada de decisão que previna riscos e promova a saúde, a autonomia e a participação do paciente no seu próprio cuidado.

Esta visão de cuidado voltada para a promoção da saúde e participação da sociedade precisa estar clara para todos os profissionais da saúde, de todas as áreas, assim como é bastante enfatizada na atenção primária, para que possamos encontrar meios de facilitar o cuidado para o indivíduo doente. Entretanto, a realidade que vivemos e a forte e intrínseca mentalidade de que a atenção primária em saúde é, dentre todos os cenários em saúde, o contexto privilegiado para desenvolver ações educativas para o cuidado vêm acarretando inúmeras dificuldades. Estes serviços são caracterizados pela maior proximidade com a população, com ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde (SANTOS *et al.*, 2012).

O hospital, por sua vez, é considerado o espaço de “cura” e medicalização, lembrando a cultura prescritiva, centralizada na clínica. Sendo assim, é importante considerarmos a história da saúde no Brasil e no mundo, a forma com que as pessoas eram cuidadas e a hegemonia da assistência curativa.

Tais fatos despertam a reflexão sobre o ambiente hospitalar visto como cenário apenas de ações de intervenção direta ao indivíduo adoecido e o conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) – “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Considerar o bem-estar como saúde impõe-se no compromisso dos profissionais em evitar os fatores que desviam o ser humano do estado de bem viver, conforme definido pela OMS. Questionar, com vistas à socialização, o respaldo do poder hegemônico da área de medicina e compartilhar este poder/saber com outros grupos disciplinares equivale a: incentivar a vigência institucional da interdisciplinaridade; assumir responsabilidades no movimento sanitário; priorizar a expressão da subjetividade humana, enfim desinstitucionalizar as organizações de saúde como lugar de doença (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, a prática dos procedimentos na Cardiologia Intervencionista está marcada por grandes avanços médicos e de enfermagem, mas o mesmo não vem acontecendo com o trato das informações, do conhecimento e das percepções dos pacientes e acompanhantes acerca do tema.

Considerando a imprescindível ação do enfermeiro nos cuidados com o paciente submetido a procedimentos de intervenção cardiovascular e a escassa literatura acerca do tema, fui tomada pela seguinte inquietação: quais seriam as repercussões imediatas de uma ação educativa do enfermeiro, junto a pacientes e seus acompanhantes na hemodinâmica, onde pouco se permanece com os pacientes?

Na intenção de ampliar o olhar sobre esse campo e sobre as possibilidades de atuação do enfermeiro nesta área, o presente estudo teve como objeto de investigação as repercussões imediatas da ação educativa do enfermeiro, através da sala de espera na hemodinâmica, junto aos pacientes e acompanhantes antes de um procedimento de intervenção cardiovascular.

A apresentação da pesquisa perpassará pelo contexto histórico da hemodinâmica, destacando como a enfermagem está inserida neste ambiente, assim como abordando a educação em saúde, o enfermeiro como educador e a influência da educação no cenário hospitalar e colocando a sala de espera como cenário de práticas educativas em saúde na hemodinâmica. Descreveremos, a seguir, os objetivos traçados para orientação do trabalho, formulados a partir do objeto de estudo.

Também será detalhado o percurso metodológico seguido para o alcance dos dados e dos resultados da pesquisa a partir da análise das falas dos participantes compreendidas por meio da hermenêutica dialética. E, por fim, as considerações finais provenientes dos resultados obtidos, subsidiando reflexões acerca da prática educativa do enfermeiro no serviço de hemodinâmica.

1.1 ENFERMAGEM E HEMODINÂMICA

O serviço de hemodinâmica requer cuidados e ações específicas destinadas ao melhor atendimento ao paciente acometido pelas doenças cardiovasculares. Sendo assim, a enfermagem como área da saúde caracterizada pela ciência do cuidar está inteiramente ligada a este ambiente. O cuidado de enfermagem deve ser visto como algo que vai além do simples ato de cuidar, configurando-se em uma atitude, que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, ela representa a preocupação, a ocupação, a responsabilidade e o envolvimento afetivo com o outro. O cuidar somente surge quando a existência de alguém tem importância para quem cuida (BERARDINELLI *et al.*, 2013).

O cuidado como atitude ocorre, no mínimo, entre duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma que assume o papel de cuidador, e outra que assume o papel do ser cuidado. Para tal, o enfermeiro lança mão de um saber que procura fundamentar a essência do cuidado às pessoas humanas (OLIVEIRA; SILVA, 2010). Para uma relação de cuidar plena, é necessário trabalhar o conhecimento sobre o outro em todas as esferas que o envolve, incluindo suas necessidades e o modo como consegue lidar com elas e todas as suas limitações.

Desta forma, partimos do pressuposto de que o cuidar não envolve apenas o contato físico e a assistência direta ao outro. Envolve também aspectos que vão ou deveriam ir ao encontro do conceito de saúde.

A saúde no sentido de bem-estar não significa somente ausência de doenças, mas abrange outros aspectos que comprometem as dimensões corporais, física, mental, social e espiritual do ser humano, contextualizados no mundo onde vive e se relaciona com outros (SANTOS *et al.*, 2013).

Diversos autores conceituam o cuidado. Contudo, uma das concepções que ampliam e caracterizam este cuidado, adotada neste estudo, é a defendida por Santos (2013, p. 149):

Cuidar da vida... Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até a morte, participa no mistério da vida que luta, da vida que se apaga, da vida que ressurge, da vida que se afunda. Vida da mãe que traz ao mundo, do recém-nascido que se afirma, da criança que se feriu, do acidentado que torna a dar os primeiros passos, do doente que sofre, do drogado que mergulha no delírio, da pessoa idosa que se interroga onde está. Cuidar... Esta arte que precede todas as outras, sem a qual seria impossível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas. Embora inserida na textura da vida cotidiana, esta arte permanece ainda tão desconhecida e a variedade dos seus resultados insuspeita.

Atender um paciente que irá realizar o cateterismo cardíaco exige dos profissionais de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes, que envolvem todas as concepções do cuidado e que podem repercutir: na qualidade das intervenções usuais durante e após o procedimento; na orientação quanto ao preparo adequado do paciente para a realização do exame; na cooperação do paciente durante o exame; na diminuição da ansiedade e insegurança e na detecção imediata das intercorrências que podem surgir durante e após o procedimento. Portanto, o elemento diferenciador nesse atendimento será a capacidade de dedicação do profissional do laboratório de hemodinâmica no cuidado a esses pacientes e todo seu conhecimento acerca deste ambiente e dos procedimentos lá realizados (MENUCCI; VARGAS, 2011).

Para uma melhor compreensão e ambiência de onde acontece este cuidado tão específico, torna-se importante a descrição de alguns conceitos e da história da hemodinâmica e do cateterismo cardíaco.

Hemodinâmica é uma palavra originária do grego *haima* (sangue) e *dynamis* (força), significando o estudo dos movimentos do sangue e dos fatores que neles intervêm (FERREIRA, 2009).

Os estudos hemodinâmicos tiveram início em 1905, com Fritz Bleichroeder, que introduziu um cateter em veias e artérias de cães e em suas próprias veias, sem controle radiológico. Já, em 1929, Werner Forssmann, repetindo a experiência, introduziu o cateter por dissecação venosa até o átrio direito, sob controle radioscópico, caracterizando assim o primeiro cateterismo cardíaco (CAVALCANTI *et al.*, 2008).

A técnica percutânea foi desenvolvida por Seldinger em 1953 e logo foi aplicada para a realização da cateterização do coração direito e esquerdo (BAIM; GROSSMAN, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, muitas outras técnicas e dispositivos foram sendo desenvolvidos durante alguns anos por vários estudiosos importantes na história da cateterização cardíaca e sua aplicação, assim como o aprimoramento das mesmas para melhor imagem radiográfica. Esses novos procedimentos fizeram da cardiologia intervencionista um novo campo na medicina cardiovascular.

As unidades de hemodinâmica são recentes, tanto como um serviço de apoio para diversas áreas da medicina, como também para a atuação do enfermeiro. Além disso, estão em constante avanço científico e tecnológico, o que tem contribuído para a complexidade dos processos de trabalho nesse setor (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010).

A permanente evolução das técnicas e materiais para a realização de procedimentos invasivos em cardiologia, segundo a Diretriz para Realização de Exames Diagnósticos e Terapêuticos em Hemodinâmica (SAAD, 2004), tem permitido realizá-los de maneira mais simples e segura.

Hoje, a maioria dos pacientes agendados para um exame diagnóstico, como o cateterismo cardíaco, realiza o procedimento com média de 30 a 50min de duração e permanece sob observação por uma média de 4 horas, como é o caso do serviço de hemodinâmica cenário deste estudo. Este fato, aliado a uma crescente demanda pela redução de custos, tem levado, cada vez mais, a uma internação hospitalar convencional não frequente para a realização de procedimentos diagnósticos em cardiologia intervencionista, além da escolha técnica de acesso às coronárias, que possibilita um menor tempo de observação e maior conforto ao paciente.

O cateterismo cardíaco é um exame de diagnóstico por imagem, de alta resolubilidade, amplamente utilizado na investigação das coronariopatias e valvulopatias cardíacas estudadas no setor de hemodinâmica. Segundo os descritores em ciências da saúde (DeCS), cateterismo cardíaco é um procedimento em que se colocam cateteres cardíacos para realização de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

A angiografia coronária, ou cateterismo cardíaco, foi realizada pela primeira vez em 1958 por Mason Sones, tendo-se utilizado um cateter especialmente desenvolvido para este fim. Desde então, essa técnica tem sido considerada padrão de referência para diagnóstico da doença arterial coronária (RIBEIRO; MARTINEZ, 2008).

Atualmente, o cateterismo cardíaco é um procedimento hemodinâmico angiográfico realizado para fins de diagnóstico e muitas vezes terapêutico. A decisão da realização do cateterismo cardíaco é baseada no equilíbrio entre risco e benefício para o paciente (BAIM; GROSSMAN, 2006).

A terapêutica para tratamento das doenças cardiovasculares avança significativamente ao longo das décadas no intuito de conseguir diminuir os efeitos que elas causam na vida dos indivíduos. Em 1986, iniciava-se a era da fibrinólise na cardiologia para o tratamento de reperfusão do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST*. Desde então, o cardiologista que atende aos pacientes com exacerbação aguda da doença arterial coronariana vem manuseando de modo aguçado esta terapêutica e acompanhando o seu uso, assim como suas frequentes e relevantes complicações. Na década de 90, a terapia de reperfusão mecânica do infarto com angioplastia primária e o implante de endopróteses vasculares coronarianas passaram a fazer parte da rotina do cardiologista, dividindo com a fibrinólise o espaço para o manejo da fase aguda do infarto (PEDERNEIRAS, 2006). É através do cateterismo cardíaco que o hemodinamicista consegue articular o melhor tratamento para a doença coronariana, e por isso a importância de tornar este tema acessível para todos.

Nesse ambiente, os pacientes precisam de avaliações acertadas e rápidas, planos de cuidado abrangentes, serviços bem coordenados, equipe multidisciplinar atuante, além de um efetivo planejamento de admissão e alta, o que inclui as orientações pertinentes ao estado de saúde atual.

O enfermeiro de hemodinâmica desenvolve, além das atividades assistenciais e gerenciais, as de ensino e pesquisa. Atua em todos os âmbitos do cuidado direto com o paciente, sendo responsável pela assistência integral, desde o agendamento, preparo do ambiente e material até a realização do procedimento, no qual deve se manter atento a possíveis intercorrências. Posteriormente às intervenções, fazem-se as orientações e o encaminhamento dos pacientes para a recuperação. Faz parte de sua atuação o

* São espaços que se situam entre duas ondas (S e T) do eletrocardiograma.

desenvolvimento das funções de liderança, gerenciamento de recursos humanos e materiais, o que exige tomada de decisões rápidas e precisas (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010).

A enfermagem tem um papel relevante nas orientações à saúde no período em que o paciente se mantém restrito ao leito. Esse período de repouso caracteriza-se por momentos em que este está com o foco em si mesmo e ainda cheio de dúvidas, o que gera novamente sentimentos de ansiedade e medo, que adicionados à limitação de movimentos necessários após o procedimento, impõem dependência total de cuidados de enfermagem. Neste momento, além de todo preparo e informações no período que antecedeu ao exame, a atuação da equipe de enfermagem se torna ainda mais importante no que diz respeito às orientações prestadas ao paciente, paralelamente à coleta de dados de sua história de saúde, quando da sua entrada no laboratório de hemodinâmica, pois irá auxiliar no direcionamento dos cuidados para com a saúde dos pacientes (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010).

A formação do enfermeiro possibilita-lhe desenvolver a percepção, a capacidade de notar e identificar as necessidades físicas, mentais, sociais do paciente, sendo essa uma das características do processo de cuidar entrelaçada ao cuidado humanizado como base da profissão e do ser enfermeiro. Dentre as necessidades, faz-se a inclusão de proporcionar informação capaz de realizar mudanças. Landal e Pelloaes (2009) consideram a enfermagem como uma profissão humanística, tendo como meta a compreensão do ser, visando diminuir a angústia, que transcende ao cotidiano através do medo. Ainda segundo os autores, a preparação psicológica é benéfica quando baseada nas necessidades individuais do paciente, pois, quando ele é esclarecido em suas dúvidas, diminuem seus medos, evitando possíveis complicações.

As orientações pré-procedimentos visam promover o encorajamento, tranquilidade e esclarecimento, minimizando assim os medos e ansios acerca do que será realizado (LANDAL; PELOAES, 2009). O enfermeiro deve fornecê-las com clareza e objetividade, com ênfase na qualidade e não na quantidade de informações; de forma individual e única, assim como cada ser é individual e único, detendo-se aos pontos de interesse do paciente.

Dentre as características do enfermeiro, podemos inferir que a capacidade de promover vínculo e buscar a atenção entre as pessoas é expressa em determinadas atitudes e atividades por ele realizadas, principalmente pelo seu objeto de trabalho – o cuidado. A aproximação do profissional com o paciente e seus acompanhantes faz com que estes se sintam acolhidos. O vínculo pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção, cuja

utilização ao longo do tempo requer o estabelecimento de laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde (STARRFIELD, 2002).

Com base no exposto, dentro do serviço de hemodinâmica, o vínculo no propósito de acolhimento e aproximação entre profissional-família-prevenção de agravos e promoção do bem-estar pode ser estabelecido por meio das ações de educação em saúde.

1.2 PRÁTICA EDUCATIVA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DO ENFERMEIRO

Quando se debate a Educação no campo da saúde, momentaneamente pode-se pensar que se problematizará Educação e Saúde como polos sem nenhuma comunicação. Entretanto, estas duas áreas do conhecimento possuem interfaces, que fazem delas importantes instrumentos de promoção da qualidade de vida.

O ser humano, ao nascer, inicia uma história singular, mas ao mesmo tempo passa a pertencer à história da humanidade e a compor um conjunto de interações com outros homens, construindo um sistema nunca acabado, chamado educação (FORTES, 2012).

A aprendizagem em saúde acontece o tempo todo, em todos os setores, seja no contato direto com o paciente e sua família, e/ou com a equipe de saúde. Para que nós, profissionais da saúde, possamos contribuir com trocas de experiências entre o saber técnico e o saber prático com o paciente/família, e estes possam adotar novos hábitos de vida, assim como experimentar novos conhecimentos, é importante adotarmos técnicas de aprendizagem para que as mudanças em saúde sejam efetivas. Para isso, existem correntes que explicam como as pessoas aprendem e como a educação é praticada.

A visão Freireana da educação, escolhida para seguimento deste estudo, é abarcada pelo diálogo e pela liberdade, sendo o primeiro a condição essencial da tarefa do educador, que jamais deve se impor ou influir, mas sim coordenar a conquista da linguagem. Já a visão de liberdade é a matriz que atribui sentido à prática educativa, que somente alcança sua efetividade na medida em que ocorre a participação livre e crítica dos educandos (FREIRE, 1967). Uma visão de ensino construído no diálogo, em que todos são reconhecidos em sua singularidade, respeitados por sua maneira de pensar e expressar, fundamentados na capacidade de o ser humano captar e compreender a realidade e transformá-la através da ação-reflexão.

O olhar de quem “ensina” se entrelaça com as teorias historicamente construídas e assim vão embasando a construção das práticas pedagógicas que constituem a educação. Esse processo de construção é histórico e social, ao mesmo tempo que é constitutivo de identidades.

A educação em saúde, segundo Zampieri (2010) é entendida como uma prática educativa que trabalha junto ao indivíduo a visão crítica e libertadora das condições de vida, almejando estratégias de mudança em seu benefício, para seu próprio bem-estar. Pode então desenvolver um pensamento reflexivo e posteriormente crítico sobre nossos próprios atos, nossa cultura, nossa maneira de existir, possibilitando melhoras no estado de saúde.

Na história, ela surgiu em 1909, nos Estados Unidos, como estratégia de prevenção de doenças (ALVES; AERTS, 2011). Trata-se de um campo multifacetado, que abarca diversas concepções, tanto das áreas da educação quanto da saúde. Constitui-se em uma ferramenta que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros, devem adotar com vistas ao atendimento integral do indivíduo. Por meio da educação em saúde, podem-se gerar oportunidades de reflexão sobre saúde, práticas de cuidados e mudanças de costumes (MOURA; NOGUEIRA, 2013), além de se buscar uma interação entre educador e educando com a finalidade não apenas de informar, mas também de trocar experiências e conhecimentos que favoreçam a promoção de hábitos de vida saudável.

O ato de trocar experiências, educar e receber informações envolve no mínimo comunicação. Nesta ótica de pensamento, pode-se dizer que informação e comunicação são formas de educação. Segundo Rodrigues *et al.* (2010), a comunicação é o modo como as pessoas se relacionam entre si e deve ser inferida como um processo que compreende e compartilha as mensagens enviadas e recebidas, auxiliando, assim, a interação entre as pessoas, estabelecendo uma permuta entre elas e seu meio, além de ser um processo essencial nas relações humanas. Também se constitui em um meio de informação expressa de inúmeras maneiras, como a forma verbal, não verbal e a paraverbal, sendo extremamente importante nas relações de trabalho de enfermagem envolvendo pacientes, seus familiares e profissionais.

A dimensão educativa tem nos estimulado reflexões ao longo dos anos, acerca da natureza de nosso trabalho, sobretudo a educação que orienta as práticas educativas em saúde. A educação para saúde é uma estratégia que pode permear as práticas cotidianas dos enfermeiros. Leva em consideração toda a realidade sociopolítico-cultural em que o paciente está inserido, suas representações e formas populares de cuidado, dando a ele autonomia para decidir o que é melhor, criando um vínculo afetivo. Neste contexto, se considerarmos a

educação em saúde uma estratégia para produzir mudanças e inovações no processo de trabalho, podemos torná-lo qualificado e estruturado para atender à demanda em questão. No entanto, a educação em saúde no contexto do sistema de saúde brasileiro nem sempre caminhou desta forma, tampouco isolada ou descontextualizada. Ela foi baseada em fatos históricos que sintetizaremos a seguir.

Historicamente, a saúde brasileira foi marcada por disputas entre modelos assistenciais distintos, assim como concepções de saúde e doença e as práticas em saúde. O modelo assistencial de saúde se baseava no assistencialismo individual, curativo, hospitalocêntrico, que tornava a sociedade carente de um cuidado integral e, mesmo com estrutura tecnológica sofisticada, não era capaz de ser efetivo na resolução dos problemas de saúde da população (CARVALHO, 2009).

Após um processo de transição política, esforços se somaram para a formulação de uma nova Constituição (Constituição Federal de 1988), que colocava a saúde como direito de cidadania garantido a todos, culminando com a criação do novo modelo de sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), que, entre suas diretrizes, objetiva a promoção da saúde e a integralidade do cuidado ao ser humano.

Importante ressaltar que o período de criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, coincide no contexto internacional, com o período do ideário neoliberal, com pressões para o desenvolvimento de um Estado mínimo em diversos campos, inclusive na saúde (MATTOS, 2009). Mas, diferentemente de outras políticas sociais, o SUS se alicerçou em um longo e profundo processo de institucionalização legal com a participação não apenas de figuras políticas, mas também da sociedade como um todo.

No SUS, a proposta de promoção da saúde considera os determinantes sociais, além dos biológicos no processo saúde-doença, agregando novos modos de pensar e agir para se obter saúde em uma perspectiva ampliada. As pessoas passaram a ser vistas dentro do seu contexto político, cultural e social, com a autonomia preservada de forma a se sentirem capazes de construir seus próprios projetos de vida saudável (PEDROSA, 2003).

A partir da implantação do SUS, o trabalho educativo foi ressignificado, pautando-se em concepções teóricas críticas de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. A educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar vinculada às lutas sociais mais simples e ser assumida pela equipe de saúde, reorientando as práticas de saúde e as relações que se estabelecem entre o cotidiano e o saber da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

No início dos anos 80, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. Alves e Aerts (2011) elucidam que as ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista.

Vista como prática social, a partir da década de 80, a educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito. Relembrando que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais, pois são o lugar de encontro entre a educação e a saúde e devem nortear qualquer capacitação dessas áreas do conhecimento (ALVES; AERTS, 2011). Desta forma, passa-se a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas.

Partindo deste ponto, para que o indivíduo consiga estabelecer uma boa relação entre o saber e o viver uma vida saudável, e o saber-conviver com o adoecimento, é necessário atingir uma consciência transformadora da sua realidade. Moura e Nogueira (2013) afirmam que, por meio da educação em saúde, é possível gerar oportunidades de reflexão sobre saúde, práticas de cuidados e mudanças de costumes.

Conforme Miranda e Lima (2004) em uma reflexão acerca das contribuições de Paulo Freire na saúde e na enfermagem, a educação em saúde foi evidenciada como uma estratégia de promoção da saúde que perpassa por um processo de conscientização individual e coletiva acerca dos direitos e deveres em saúde, que estimulem a realização de ações voltadas aos princípios do SUS.

Os serviços de saúde precisam se organizar para atender aos princípios da atenção universal, equânime e integral à saúde, e é neste universo que se inserem as ações de educação em saúde.

Reverendo o processo histórico do ponto de vista da educação vinculada à saúde, é notório que essa associação se fez acerca das questões da saúde pública e baseada nos preceitos do SUS, o que não impossibilita trazer esta forma de educar para outros cenários. Pode-se fazer das ações de saúde da coletividade ações específicas que contribuirão no

processo de saúde-doença e, no caso deste estudo, para pacientes com doenças cardiovasculares que se encontram no serviço de hemodinâmica.

No ambiente hospitalar, onde os cuidados do enfermeiro estão mais direcionados para o aspecto curativo ou preventivo da doença, muitas vezes as ações de promoção da saúde tornam-se limitadas ou pouco valorizadas (AGUIAR *et al.*, 2012).

A promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança suscita a necessidade de novos olhares, cultura e ações voltadas para as diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares, tendo como objeto a saúde e não a doença (SILVA *et al.*, 2011).

Dias (2005) representa as questões de promoção da saúde e os hospitais quando descreve que as ações promotoras de saúde não são um imperativo apenas da ação básica, também não se constituem como espaço antagônico à promoção da saúde, mas, ao contrário, são parte do contexto. Também esclarece que estas ações não ocorrem anteriormente à doença, nem antecedem a atenção primária, secundária ou terciária.

Seguindo este autor e consonante ao pensamento freireano, mais uma vez, torna-se claro que a educação em saúde está presente em todos os espaços de atenção à saúde, sendo viável e necessária também na atenção terciária. O cenário não é o determinante e depende inicialmente do educador. Os profissionais da saúde e principalmente o enfermeiro, que tem a educação como processo inerente à sua profissão, precisam olhar em direção aos problemas dos pacientes, buscar o sentido e os caminhos destes e promover estratégias no intuito de conseguir a transformação dos indivíduos para ampliar sua capacidade de compreensão dos determinantes de uma vida saudável, iniciando, assim, os passos para uma educação em saúde.

É importante considerar que, antes de se propor uma forma de educação em saúde para o outro, faz-se necessário que os profissionais estejam conscientes do seu saber e de toda a sua bagagem cultural. As rotinas que as pessoas elaboram no seu dia a dia e depois as exteriorizam na forma de ações se constituem em um projeto cultural.

Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Nesse sentido, Alves e Aerts (2011) conceituam a prática

educativa como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo.

Considerando a realidade dos hospitais, podemos afirmar que é possível vivenciar novas experiências nesses locais e sugerir várias estratégias que podem ser trabalhadas no sentido de construção de um “novo hospital”. O hospital não é intrínseca nem inevitavelmente um espaço só de práticas de cura e reabilitação. O “novo hospital” pode e deve ser um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes colaborando ativamente na formação de novas relações dentro do sistema de saúde. Dentre as estratégias sugeridas no ambiente hospitalar, destaca-se a criação de espaços coletivos nas unidades de trabalhos que garantam a discussão entre as figuras do ambiente hospitalar, com ênfase na escuta dos usuários. Julga-se que as equipes assistenciais podem desempenhar papel importante na vida do paciente e de sua família (SILVA *et al.*, 2011).

Não podemos deixar de mencionar as considerações de Meyer *et al.* (2006) sobre as relações entre educação em saúde e vulnerabilidade. Tais autores retomam o conceito de vulnerabilidade para situar e explorar as interseções com o processo educativo. Esta articulação aponta para a renovação das práticas de educação em saúde baseadas no referencial de vulnerabilidade, já que ele delinea um novo horizonte de situação de riscos: traz a saúde, como possibilidade de adoecimento, para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos e sua singularidade.

Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que “a gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para “aprender o que nós sabemos”, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida (MEYER *et al.*, 2006).

Isso se deve às práticas sanitárias que ganharam hegemonia ao longo do século XX e fundaram-se na afirmação da objetividade, da neutralidade e da universalidade do saber científico e nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos (MEYER *et al.*, 2006).

Estudos como o de Meyer *et al.* (2006) têm-nos encaminhado, então, para a necessidade de trabalhar com a noção de que educação envolve o conjunto dos processos pelos quais indivíduos se transformam em sujeitos de uma cultura, reconhecendo que existem muitas e diferentes instâncias e instituições sociais envolvidas com esses processos de educar.

A educação em saúde passa a ser entendida tanto como uma instância de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde-doença, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais; e o conceito de vulnerabilidade está estreitamente relacionado ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco (MEYER *et al.*, 2006).

As pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional, que estão relacionados com acesso à informação, comportamentos e compromisso com o bem-estar e com a vida (MEYER *et al.*, 2006).

Os problemas de saúde possuem componentes amplos e inter-relacionados, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada, sob pena de não se produzirem, de fato, recursos para a proteção, e por isso torna-se importante investir em outras formas de pensar as intervenções em saúde.

A educação em saúde pode atuar como um potencializador do cuidado do enfermeiro, pois é capaz de gerar mudanças, o aprender mútuo e a construção de relações humanas simétricas (SANTOS; PENNA, 2009).

Nos vários espaços de atuação da Enfermagem, a Educação em Saúde vem sendo cada vez mais discutida, ao proporcionar o desenvolvimento de ações e reflexões de modo a qualificar o cuidado e a assistência prestada. As ações educativas permitem discutir e formular estratégias com os pacientes com vistas a buscar sua saúde nas diferentes mudanças e adaptações que terão que enfrentar no decorrer de sua vida, tomando como ponto de partida seus saberes e experiências vividas. Responsabilizar-se com as práticas educativas constitui um desafio para os profissionais da saúde, uma vez que estas permitem estender significativamente a abrangência das ações de saúde, contribuindo para a efetivação do SUS e da promoção da saúde (CEOLIN *et al.*, 2009).

Visto que o enfermeiro, juntamente com sua equipe, é um dos produtores de cuidados, serviços e programas de saúde, bem como de ações de educação em saúde, é preciso que ele seja um articulador e incentivador da sua equipe para um atendimento integral. Desta maneira, tendo em vista a atenção integral à saúde dos indivíduos, o cuidado deve ser pensado de modo a envolver ações educativas, proporcionando uma prática individualizada e humanizada,

centrada na totalidade do ser humano, a partir de suas necessidades, respeitando seu contexto familiar, social, econômico, cultural e espiritual. Além disso, ao compreender as necessidades das pessoas, é possível planejar ações de forma que as mesmas se sintam acolhidas, atendidas e amparadas pelos profissionais nos serviços de saúde, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção de complicações (CEOLIN *et al.*, 2009).

Nesse sentido, as práticas educativas proporcionam o desenvolvimento de ações e reflexões de modo a qualificar o cuidado e a assistência prestada, uma vez que permitem discutir e formular estratégias com vistas a buscar a saúde nas diferentes mudanças e adaptações no decorrer da vida, tomando como ponto de partida os saberes e experiências vividas.

A relação entre enfermeiros e pacientes que atuam no campo da cardiologia intervencionista com o objetivo de implementar práticas humanizadas e seguras envolve o ensinar e o aprender em uma via de mão dupla, algumas vezes concretizando e abrindo possibilidades para a construção compartilhada do conhecimento e até mesmo amenizando sentimentos de medo e angústia, como no caso da espera por um exame ou pelo seu resultado em uma sala de espera, que pode funcionar como um cenário potencializador de práticas educativas.

1.3 SALA DE ESPERA COMO CENÁRIO DE APRENDIZAGEM

A educação em saúde, compreendida como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à construção de respostas sociais significativas, torna-se possível quando se entende que a educação não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais (MEYER *et al.*, 2006).

No que tange ao cuidado de enfermagem no âmbito da educação em saúde, a prática educativa na sala de espera pode funcionar como uma grande ferramenta impulsionadora do ensino-aprendizagem relativo à saúde, pois esta é considerada um território dinâmico, em que ocorre mobilização de diferentes pessoas à espera de um atendimento de saúde e onde há interações entre o saber oficial em saúde e o popular, a partir do qual as pessoas expressam sua subjetividade, formas de ser e maneiras de se cuidarem (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

Considerando-se a especificidade da cardiologia intervencionista e a alta taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, o conhecimento sobre as doenças coronarianas, sua

prevenção e tratamento por meio da educação constitui-se como aspecto relevante para a saúde das pessoas.

O desafio está em buscar um momento e um espaço para educar dentro da unidade hospitalar. Neste contexto, a sala de espera se mostra como um local propício para se prosseguir com o processo de educação, em que podem ocorrer as trocas entre usuário de saúde e profissional da saúde.

A sala de espera pode funcionar como “espaço potencial”. De acordo com Veríssimo e Valle (2006), é caracterizada como uma forma produtiva de utilização do tempo nas instituições, com a transformação do período de espera em momento de trabalho. Nesse espaço, podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os pacientes, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

Trata-se de um espaço em que diversas pessoas transitam e, por meio de interações, trocam sentimentos e experiências pela linguagem ou pelas expressões, tornando um espaço ideal para a atuação de diversos profissionais da saúde, destacando o enfermeiro, por ter subsídios técnicos e científicos para desenvolver a educação em saúde, minimizar os sentimentos negativos e oferecer acolhimento por intermédio da escuta e do diálogo (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

A sala de espera é um local que compõe o ambiente hospitalar e que os pacientes aguardam por atendimento médico ou a visita aos familiares; um lugar dinâmico com a mobilização de diferentes pessoas que trocam experiência através de um processo interativo por meio da comunicação também caracteriza uma sala de espera, segundo Paixão e Castro (2006). Não um espaço voltado para os profissionais de saúde, como um consultório ou uma enfermaria, mas um espaço para o público. Um local em que os profissionais da área da saúde passaram a ter a oportunidade de desenvolver atividades que ultrapassem as questões do cuidado direto, por exemplo, que favoreçam e auxiliem na prevenção de doenças, na promoção da saúde, e na troca ou aquisição de novos conhecimentos, novos saberes e uma nova cultura.

Este setor pode transformar ou quebrar barreiras das emoções enfrentadas pelo ato de esperar, como elucida Graziano (2004), que diz que, em situações de hospitalização, tratamentos médicos e exames diagnósticos, o período de espera pode tornar-se angustiante, podendo levar ao estresse e à ansiedade. Dentro dele, a aproximação dos saberes científico e

popular é capaz de provocar mudanças individuais suficientes para atuar no paciente, na família e comunidade contribuindo para a transformação social (STIPP; CUNHA, 2007).

A sala de espera da hemodinâmica é um cenário onde encontramos pacientes e familiares de características variadas, sejam elas com relação à cultura, ao nível de escolaridade, ao tipo de moradia, ao emprego, ao salário, que se traduzem em diálogos diferenciados que correspondem a mútuos saberes.

Difícil definirmos apenas no momento de espera o grau de contribuição que a junção de saberes pode alcançar para transformar o pensamento em ações saudáveis. Ainda assim, este cenário se torna relevante para construirmos esta reflexão em atitudes que contribuam para o bem-estar social.

Levando em consideração a interação que pode ocorrer dentro de uma sala de espera, Nogueira (2012) propõe que a atenção deve produzir-se de relações de escuta, diálogo, respeito, nas quais paciente e família possam entender a significância do cuidado e sua corresponsabilidade neste processo. Mais uma vez, torna-se importante a atuação do enfermeiro nas relações de cuidado, que envolvem a todo momento o diálogo, a escuta, a compreensão.

Para obtermos a efetividade das ações de educação em saúde por meio de trocas de saberes, é preciso analisar a comunicação desenvolvida entre o profissional e o paciente, pois esta não deve se constituir apenas em um instrumento do cuidar, mas sim, em um denominador comum das ações de enfermagem (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

A comunicação entre profissional e paciente precisa ser estabelecida de forma consciente e eficaz. Ao desencadear uma conversa com o paciente, o profissional da saúde, no caso o enfermeiro, deve certificar-se de que ele entenda o conteúdo que está sendo abordado e discutido entre eles, pois, de acordo com Alves e Aerts (2011), caso isso não ocorra, a sua saúde pode estar sendo colocada em risco em razão do não estabelecimento do processo comunicativo. Assim, no processo de comunicação, é fundamental que ocorram a escuta, a observação e a interação entre as pessoas, sendo imprescindível a disponibilidade interna do enfermeiro, a partir de uma ação intencional, orientada por um interesse concreto. A partir da troca de informações, crenças e valores, podem existir acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida.

Um estudo sobre prática educativa envolvendo o tema diabetes revelou que uma das características dessa prática é a possibilidade de unir pessoas com histórias parecidas, que compartilharão experiências, com a possibilidade de aprimorar o conhecimento, modificar as

atitudes e habilidades que favorecerão a mudança de comportamento para a melhora do controle da doença e qualidade de vida (SANTOS; TORRES, 2012) através do ato de se comunicar.

As atividades educativas em saúde orientam a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas relativas à saúde, com vistas à prevenção de doenças e à promoção de saúde, de forma a abranger a participação no contexto de sua vida cotidiana. Têm a finalidade de potencializar o empoderamento dos indivíduos e estimular o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia por sua saúde, tornando-os capazes de tomarem suas próprias decisões, favorecendo mudanças nas suas condições de saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

O estudo de Santos *et al.* (2012) apontou que a sala de espera como estratégia de educação em saúde, oportunizou, na experiência relatada, a aproximação dos pacientes (no caso, a mulher gestante) com o serviço, tornando-os protagonistas de seu processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que contribuiu para orientá-los em relação à sua corresponsabilidade. Atividades em sala de espera viabilizaram, assim, a atuação do enfermeiro como educador em saúde, efetivando o cuidar da enfermagem na saúde, por meio da educação participativa, com usuários, familiares e profissionais trabalhando juntos para proteção, promoção e recuperação da saúde.

Entendemos assim que, para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um, além do estabelecimento da confiança e de vínculo entre paciente, serviço de saúde e profissional.

É importante que se desenvolvam cenários e ações informativas que considerem a realidade das pessoas. A interação de indivíduos, profissionais e cuidados em saúde faz parte da dinâmica do trabalho do enfermeiro, e, desta forma, o enfermeiro se articula também como educador.

1.4 O ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE

No contexto do cuidado em saúde, a educação é tópico de grande interesse para os enfermeiros. Educar pacientes é considerado um importante componente do cuidado disponibilizado pelos enfermeiros, visto que ensinar é um dos principais domínios de atuação desse profissional (BASTABLE, 2010).

As tendências atuais do cuidado em saúde, também apontadas por Bastable (2010), mostram a necessidade de os pacientes se prepararem para o autocuidado, demandando, mais uma vez, o exercício da atividade educativa do enfermeiro em seu local de trabalho, independentemente de sua área de atuação.

O papel de educador dos profissionais de enfermagem está vinculado ao crescimento e desenvolvimento de sua profissão. Desde meados do século XIX, a responsabilidade pelo ensino é reconhecida como importante papel do profissional enquanto cuidador.

O maior exemplo de educador na área da enfermagem está na figura de Florence Nightingale, que desenvolveu a primeira escola de enfermagem e dedicou grande parte de sua carreira a ensinar enfermeiros, médicos e agentes de saúde, além de auxiliar pacientes quanto à necessidade de nutrição adequada, exercício e higiene pessoal para melhorar seu bem-estar (BASTABLE, 2010).

Durante muito tempo, o ensino de pacientes tem sido reconhecido como função à parte da enfermagem. Segundo Bastable (2010), a partir dessa tradição, a enfermagem expandiu tal prática para incluir os amplos conceitos de saúde e enfermidade. Desde então, a função educativa do enfermeiro vem sendo objeto de grandes padrões de cuidado e ensino-aprendizagem por diferentes organizações em saúde.

A mesma autora também relata pontos importantes no que tange à função educativa do enfermeiro: relembra que a *Joint Commission* ampliou suas expectativas, incluindo uma abordagem multidisciplinar da educação dada ao paciente, e tornou imprescindível a evidência de que os pacientes e seus familiares que participam do cuidado entendam o que lhes foi ensinado. Aborda sobre numerosas recomendações específicas à profissão do enfermeiro propostas pela *Pew Health Professions Commission*, e mais da metade tratava-se da importância da educação do paciente e do papel do enfermeiro como educador e também sobre o *Institute for Healthcare Improvement*, que anunciou em 2006 a campanha *5 Million Lives*, com o objetivo de reduzir 5 milhões de incidentes por ano causados por erro médico nos hospitais dos Estados Unidos. Tal fato teve implicações para o ensino ao paciente e família, bem como para os profissionais que podem melhorar o cuidado e salvar vidas, incluindo o profissional enfermeiro e suas ações em saúde.

Para o desenvolvimento de uma educação em saúde efetiva, é imperativo que sejam direcionados esforços educativos envolvendo uma mudança de paradigma: uma educação voltada para a prevenção em lugar daquela voltada à doença, ou seja, estimular nos

indivíduos, usuários dos serviços de saúde a promoção e manutenção da saúde, reiterando os conceitos de saúde já vistos neste referencial.

A ação individual mais importante dos enfermeiros como cuidadores é preparar os pacientes para o autocuidado. Se os pacientes não conseguem manter ou melhorar seu estado de saúde de modo independente quando não possuem auxílio, falhamos em ajudá-los (BASTABLE, 2010). Desta forma, para que o enfermeiro consiga planejar e agir sob uma educação para o cuidado em saúde, é imprescindível que se tenha um processo educativo bem definido.

O processo educativo é um curso de ação sistemático, sequencial, lógico, planejado e com base científica que consiste de duas operações interdependentes: o ensino e a aprendizagem. O processo educativo é comparado ao processo de enfermagem. Ambos fornecem uma base racional para a prática de enfermagem e consistem dos elementos básicos de análise, planejamento, implementação e avaliação. Entretanto o processo de enfermagem está centrado no planejamento e implementação do cuidado baseado na análise e diagnóstico das necessidades físicas e psicossociais do paciente, enquanto foca o planejamento e implementação do ensino baseado na análise e priorização das necessidades de aprendizagem do paciente. Os resultados do processo de enfermagem são alcançados quando as necessidades físicas e psicossociais do cliente são atendidas. Já os resultados do processo educativo, por sua vez, são alcançados quando ocorrem mudanças no conhecimento, atitudes e habilidades do indivíduo (BASTABLE, 2010).

Por ser uma parte ímpar do campo do enfermeiro, o processo de ensinar está articulado à sua formação. No entanto, apesar de grandes avanços nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, observa-se ainda a necessidade de melhor adequação dos conceitos de promoção da saúde e integralidade do cuidado, para efetivação da educação em saúde; educação esta voltada para a visão crítica e reflexiva do cuidado em saúde proveniente de demandas da realidade individual e/ou coletiva da população.

A concepção de promoção da saúde não está devidamente incorporada aos projetos pedagógicos dos cursos da área de saúde, nem às práticas educativas. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, consoantes com a ciência positivista, limitando-se a abordar a enfermidade, a cura e a atenção individual (SILVA *et al.*, 2009).

Tomar os referenciais de promoção da saúde na ressignificação do ensino de enfermagem implica em transformação das práticas de ensino superando o

modelo biologicista e a natureza setorial que caracteriza a formação e a atuação dos profissionais de saúde. É preciso, também, que o processo ensino-aprendizagem em enfermagem favoreça as práticas educacionais e de atenção à saúde que potencializem o empoderamento dos sujeitos para atuarem na efetivação das mudanças sociais (SILVA *et al.*, 2009, p. 87).

O ensino é a partilha de informações e experiências para que sejam alcançados os resultados pretendidos pelo aprendiz nos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, de acordo com um plano educativo. Seguindo o pressuposto do autor acima citado, ensinar implica atividades formais, estruturadas, organizadas e preparadas, mas que também podem ser desempenhadas informalmente e sem planejamento durante conversas ou encontros casuais. Formais ou não, as atividades de ensino são atos deliberados e conscientes que visam a produzir a aprendizagem.

Conforme a descrição de Bastable (2010), a aprendizagem é definida como mudança de comportamento (conhecimento, habilidades e ou atitudes) que pode ser observada ou medida e que ocorre a qualquer momento ou em qualquer lugar como resultado de exposição a um estímulo ambiental. É ação pela qual o conhecimento, as habilidades e as atitudes são consciente ou inconscientemente adquiridos de modo que o comportamento é alterado de alguma maneira.

A educação e a participação de quem aprende precisam andar lado a lado. Bastable (2010) esclarece que o enfermeiro deve agir como facilitador, criando um ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite o indivíduo a querer aprender. O educador mudou da posição tradicional de fornecedor de informações para a de facilitador de um processo que culmina na aprendizagem. Neste novo paradigma, o educador torna-se um guia, assistindo o aprendiz em seu esforço de determinar os objetivos e as metas do aprendizado, no qual ambos são parceiros ativos nas tomadas de decisões por meio do processo de aprendizagem.

Respeitando a importância das contribuições de Bastable (2010, p. 36), ressaltamos a posição defendida por ele de que, “como os receptores de cuidado sempre respeitaram e confiaram nos enfermeiros para serem seus conselheiros, estes se encontram em uma posição ideal para esclarecer informações”. Assegurando a consistência da informação, esse profissional pode apoiar os indivíduos em seus esforços para alcançar a meta de uma saúde ideal.

Os enfermeiros são, então, segundo a concepção adotada por essa autora, considerados agentes de informação. São educadores capazes de gerar diferenças significativas com os

pacientes e familiares que enfrentam uma situação de adoecimento, mesmo diante do paradigma biomédico dominante nas políticas de saúde e de assistência, que se mostra insuficiente para atender às necessidades e demandas sociais de saúde da população.

A promoção da saúde configura-se como estratégia de mudança nos modelos tecno-assistenciais, sinalizando a construção de outras possibilidades e a configuração de novos saberes que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Representa uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com um arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde (SILVA *et al.*, 2009).

Levando em consideração a importância do ensino-aprendizagem e das condições de saúde-doença da população, é preciso propiciar um movimento que direcione à ressignificação do conhecimento, da aquisição de habilidades e atitudes que tornem os indivíduos mais capazes para a vida e seu próprio bem-estar.

O ensino está tornando-se cada vez mais importante e visível à medida que os enfermeiros respondem às tendências sociais, econômicas e políticas impactantes no cuidado em saúde. Ao mesmo tempo, vemos a crescente incidência e prevalência das doenças cardiovasculares, doenças estas causadoras do comprometimento da saúde de milhares de pessoas que se veem diante da necessidade da realização de exames capazes de diagnosticá-las e que, nesta pesquisa, são o nosso alvo, de acordo com os objetivos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1- GERAL

Analisar as repercussões imediatas da ação educativa do enfermeiro, através da sala de espera na hemodinâmica, junto aos pacientes e acompanhantes antes de um procedimento de intervenção cardiovascular.

2.2- ESPECÍFICOS

1- Descrever as percepções dos pacientes e acompanhantes sobre a ação educativa do enfermeiro na sala de espera da hemodinâmica;

2- Identificar os efeitos da ação educativa sobre sentimentos, emoções e conhecimentos dos participantes;

Para o alcance dos objetivos propostos, esta investigação foi conduzida conforme o caminho metodológico apresentado a seguir.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, comparativa, baseada no referencial teórico-metodológico da hermenêutica dialética, considerando que ele permite compreender os fenômenos em sua totalidade, nos quais os objetos, os atores e os próprios fenômenos interagem entre si (FREITAS, 2002).

Quando abordamos as pesquisas qualitativas, tornamo-nos livres para pensar sobre o tema a ser investigado, resgatando os significados atribuídos pelos sujeitos ao objeto estudado.

A presente investigação coloca uma questão filosófica, o compreender. E não o coloca unicamente às assim chamadas ciências do espírito; e sobretudo não o coloca somente à ciência e a suas formas de experiência – essa investigação coloca a questão hermenêutica ao todo da experiência humana de mundo e da práxis da vida (GADAMER, 1999, p. 16).

Como pressuposto inicial, acredita-se que as orientações educativas de enfermagem antes da realização de procedimentos de intervenção cardiovascular são fatores intervenientes no conhecimento de pacientes e acompanhantes, assim como no alívio de sintomas de ansiedade no pós-operatório imediato.

A pesquisa transcorreu em uma Instituição Hospitalar da Zona da Mata Mineira com Serviço de Hemodinâmica, que atende aos usuários do SUS e a conveniados. Possui duas salas de procedimento e sete leitos de repouso, além de dispor de mais de 500 leitos e diversas especialidades.

A escolha deste local de investigação ocorreu por tratar-se de uma instituição de referência no atendimento de emergências cardiológicas e por sua história no cenário de saúde da região. Também por considerar que, pelo fato de ser referência, atende pacientes de várias origens, conveniados ou não, provenientes de diversas cidades, com culturas e saberes diferenciados.

Para iniciação da pesquisa, foi entregue um ofício de comunicação ao Departamento de Enfermagem e à Direção Clínica da Instituição solicitando autorização para contato com os participantes da pesquisa dentro do serviço de hemodinâmica. Após este primeiro contato, entregamos pessoalmente um resumo do trabalho e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Foram atendidos todos os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 e suas complementares, o atendimento dos princípios de justiça, equidade, beneficência e não maleficência, bem como o cadastro na Plataforma Brasil e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), obtendo-se parecer sob o número 563.920.

Por se tratar de entrevista, o risco de participação foi considerado mínimo, ou seja, semelhante às situações cotidianas da vida, havendo a preocupação e atenção no sentido de minimizar tais riscos ao máximo com técnicas de anonimato, técnicas comunicacionais, de interação interpessoal e de respeito humano.

A amostra foi composta por nove pacientes e nove acompanhantes de pacientes, entrevistados no período de julho a setembro de 2014, sendo que os oito primeiros (quatro pacientes e quatro acompanhantes) fizeram parte do projeto piloto (APÊNDICE A).

O teste piloto revelou algumas respostas que inicialmente não seriam consideradas ideais para atingirmos os objetivos, tendo em vista que se observou determinada confusão na compreensão das perguntas. Ainda assim, existiram questões interessantes e adequadas. Para adaptar o instrumento de pesquisa à coleta de dados pretendida, realizamos algumas poucas mudanças – acrescentamos questões como: a primeira vez ou não de realização ou acompanhamento do exame e esclarecimentos sobre o sentimento daquele momento na pré-entrevista.

Os participantes foram entrevistados após serem informados sobre a pesquisa e manifestarem o assentimento pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). O número de participantes foi estabelecido durante a coleta de dados pelo critério de saturação, ou seja, a continuidade da coleta foi suspensa quando as informações obtidas pouco acrescentariam ao material já coletado e não interfeririam significativamente na análise dos dados pela repetição dos conteúdos das falas (DENZIN; LINCOLN, 1994). Os integrantes do teste piloto não foram inseridos na análise e resultados.

Como critérios de inclusão para o paciente, o exame proposto deveria ser o cateterismo cardíaco em caráter eletivo e ambulatorial; pessoas de ambos os gêneros e maiores que 18 anos, sendo que nenhum participante seria excluído e apenas não participariam do estudo aqueles que não se dispusessem a assinar o termo de consentimento. Para os acompanhantes, os mesmos deveriam acompanhar pacientes com os critérios acima citados.

As informações foram coletadas durante a rotina do serviço, individualmente, na sala de espera da hemodinâmica, por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), gravada em áudio, em dois momentos: pré-orientações e pós-orientações de enfermagem.

A entrevista semiestruturada permite que o informante discorra livre e espontaneamente sobre o tema proposto. É uma maneira de enriquecer o estudo, uma vez que os fenômenos são descritos, explicados e compreendidos em sua totalidade (MINAYO, 2010).

Na entrevista semiestruturada, o objetivo principal é esclarecer as percepções que os entrevistados possuem sobre o tema estudado. O investigador deve atuar de forma consciente, permitindo a expressão livre do informante sobre determinado tema, mas, quando este se desviar do assunto original, cabe ao pesquisador retomá-lo (TRIVIÑOS, 1987).

O conteúdo do instrumento de coleta versa sobre a compreensão do procedimento proposto, informações e orientações preexistentes e adquiridas e sentimentos do momento vivido.

O primeiro momento da coleta aconteceu através da aproximação da pesquisadora com os participantes na sala de espera, proporcionando as explicações sobre a pesquisa, e, após a compreensão do estudo, demos sequência as entrevistas individuais. Importante ressaltar que não obtivemos nenhuma recusa de participação no estudo proposto por parte dos pacientes e acompanhantes.

A fase de entrevista foi dividida em duas partes: 1ª etapa – caracterizada pela entrevista inicial, individualizada, em uma antessala. Posteriormente, os participantes foram reunidos e encaminhados à sala de espera propriamente dita para então serem abordados pela enfermeira do serviço, a ouvirem as orientações de enfermagem e depois conversarem sobre elas; 2ª etapa – caracterizou-se pela entrevista final, também individualizada, no pós imediato a realização do exame.

Além das perguntas previamente elaboradas, sempre que necessário, acrescentávamos perguntas para esclarecer as informações já fornecidas, para tentar explorar melhor determinado assunto ou ainda para redirecionar o entrevistado ao foco do estudo.

Finalizada a primeira entrevista, a enfermeira responsável pelo serviço reunia os participantes, junto aos demais pacientes e acompanhantes, e iniciava as orientações de enfermagem verbalmente, concomitantemente à transmissão do recurso audiovisual, ou seja, apresentação de um vídeo como pano de fundo para suas orientações. Tais orientações foram: conceito de cateterismo cardíaco com o passo a passo do procedimento e cuidados pós-

procedimento, transmissão de vídeo com as imagens do ambiente (Laboratório de Hemodinâmica da Instituição), dos profissionais e do procedimento.

Após a exposição do conteúdo com as informações sobre o exame, os pacientes eram perguntados sobre o tema e assim, iniciado um diálogo entre eles e a enfermeira. Sequencialmente eram encaminhados pela enfermeira para a realização do procedimento, mantendo os acompanhantes na sala de espera.

O período de espera, quando o paciente realizava o procedimento, foi o único momento que interrompíamos as entrevistas. Ao fim dos procedimentos, a pesquisadora entrevistava novamente os participantes durante o período de repouso, onde paciente e acompanhante permaneciam juntos em leitos individualizados, finalizando assim a coleta de dados.

As entrevistas pré e pós-procedimento tiveram uma média de três minutos para cada participante, totalizando 1h de entrevistas gravadas em áudio, que ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora e permanecerão arquivadas durante o período de cinco anos e depois serão apagadas. Optou-se pela gravação, porque ela permite acessar todo o material fornecido verbalmente pelo participante.

O processo diário das entrevistas se deu em uma média de 4h/dia, pois eram necessários os seguintes passos: aguardar que todos chegassem no horário marcado pelo serviço (7h); realizar a primeira entrevista individualizada; reunir todos novamente para as orientações da enfermeira; aguardar a chamada para a realização do procedimento e seu término. Após a entrada do paciente, o mesmo era recebido pela equipe de enfermagem que realizava todos os cuidados iniciais junto à sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e visita pré-anestésica. Diante da chegada do médico responsável pela realização do exame, o paciente era encaminhado à sala de procedimento. A média de tempo dos procedimentos foi de 30 minutos. Posteriormente aos cuidados de enfermagem no pós- imediato, que tinha uma média de duração de 1h, abordávamos os participantes novamente para finalização das entrevistas.

A transcrição das falas aconteceu após o término das entrevistas e foi realizada na íntegra, corrigindo erros da língua portuguesa, mas com o cuidado de não modificar as características básicas do texto e de seu significado expresso.

A técnica de análise utilizada para este material qualitativo foi a Hermenêutica Dialética proposta por Habermas no seu diálogo com Gadamer (1987) como uma alternativa de caminho do pensamento.

A hermenêutica fundamenta-se na compreensão. É considerada por Gadamer como um movimento abrangente e universal do pensamento humano. Compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia uma relação não são arbitrárias. Existe uma familiaridade e estranheza, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala (MINAYO, 2013).

Segundo Alencar *et al.* (2012), a abordagem hermenêutica trabalha as diferenças e as semelhanças apresentadas pelos autores e investigador, buscando a compreensão dos fatos, relatos e observações e posteriormente apoiando essa reflexão sobre o contexto histórico; julga e toma decisão sobre o que escuta, observa e compartilha e produz um relato dos fatos, contemplando os diferentes atores.

Minayo (2013) destaca que, ao entendermos a realidade que se expressa num texto, numa fala, também entendemos o outro, mas que a compreensão não é um procedimento fechado, pois nada que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas.

A contribuição da dialética para este estudo se dá pelo melhor entendimento dos fatos, partindo do ponto de vista de que nada é eterno, fixo e absoluto. Tudo se modifica e se movimenta. Cada coisa é um processo. As coisas, as relações e as ideias transformam-se pelo autodinamismo e nunca mais serão as mesmas. Cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a transformar-se em seu contrário (MINAYO, 2013).

A dialética estabelece uma atitude crítica. “A mesma razão que compreende, esclarece e reúne também contesta e dissocia” (HABERMAS, 1987, p. 20). É a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Busca os núcleos contraditórios nos fatos e na linguagem para realizar uma crítica sobre eles (ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012).

Ao articularmos a hermenêutica e a dialética, encontramos um importante caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que, ao se valorizarem as complementaridades e divergências entre ambas, articulamos a ideia do condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas. No que tange à prática estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho, ambas reúnem o poder para “aproximação da verdade” investigada; ambas partem do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade. A hermenêutica e a dialética superam a simples tarefa de serem ferramentas do pensamento; ambas questionam o tecnicismo para compreensão e crítica dos processos sociais e referem-se à práxis e desvendam os

condicionantes da produção intelectual marcada pelo poder e pelos interesses (MINAYO, 2013).

A partir dos dados colhidos e acumulados, o investigador se volta para os fundamentos das teorias que fizeram parte da elaboração dos conceitos iniciais [...] e parte para a operacionalização da análise por meio de três fases (MINAYO, 2013, p. 355).

Desta forma, a análise seguiu a orientação de Minayo (2013), que propõe a compreensão dos dados através dos seguintes passos, apoiados pela hermenêutica dialética:

- Ordenação dos dados: inicialmente os depoimentos dos pacientes foram separados dos acompanhantes e, a seguir, ambos foram transcritos na íntegra, com algumas correções de português sem prejuízo ao significado expresso. Foi realizada uma releitura de todas as falas e iniciada a organização dos relatos em ordem, de forma a proporcionar um mapa horizontal das descobertas de campo.
- Classificação dos dados: elaborada por meio da leitura horizontal e exaustiva dos textos, anotando-se as primeiras impressões e iniciando a busca de coerência das informações com objetivo de construção das categorias empíricas e analíticas. Buscaram-se as ideias centrais e posteriormente a inter-relação e conexão entre elas. Um segundo momento se deu com a leitura transversal de cada subconjunto decorrente do recorte das falas das entrevistas, colocando as partes semelhantes juntas e buscando perceber as conexões entre elas. Dessa forma, foram encontrados os seguintes núcleos de sentido:

Entrevista Pré-Orientações (1ª etapa):

- ❖ O cateterismo cardíaco é desconhecido;
- ❖ Não há profissional responsável por orientações;
- ❖ Muitas emoções vivenciadas;
- ❖ Todos querem informação.

Entrevista Pós-Orientações (2ª etapa):

- ❖ Esclarecimento das dúvidas preexistentes;

Alívio da ansiedade								
Síntese Vertical							Síntese Geral Horizontal e Vertical	

FONTE: ALENCAR; NASCIMENTO; ALENCAR 2012.

Em suma, foi construída após as leituras, uma síntese vertical e uma síntese horizontal de cada unidade de análise e posteriormente foi descrita uma síntese geral vertical e uma síntese geral horizontal. A síntese geral horizontal possibilitou confrontar os pontos de convergência, divergência, complementaridade e diferenças em cada uma das falas dos entrevistados, e a síntese geral vertical permitiu o mesmo, porém com todas as respostas dos entrevistados, ambas com o objetivo de se encontrar uma estrutura de relevância da união dessas unidades de análise.

A partir dessa leitura, foram consolidadas as seguintes categorias de estudo:

- 1- Desvendando o desconhecido;
 - 2- Em busca de um protagonista;
 - 3- Orientações de enfermagem como forma de esclarecimento e alívio da ansiedade.
- Análise Final: foi constituída de um relatório que inclui a compreensão e a interpretação crítica e reflexiva em seu formato final.

A análise das entrevistas se deu buscando manter a coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos, fazendo-se uma triangulação dos mesmos com as falas dos participantes e a interpretação da autora.

No intuito de manter o anonimato dos participantes e melhor compreensão da análise durante a discussão dos resultados, os pacientes foram identificados pela letra “E” e os acompanhantes como “AE”, seguidas da numeração de ordem das entrevistas.

Os resultados encontrados serão descritos da seguinte forma: primeiramente uma síntese horizontal, correspondente às falas de todos os participantes separados em “E” e “AE”, referentes ao mesmo núcleo de sentido. Em seguida, uma síntese vertical, que caracteriza todas as falas de todos os núcleos de sentido, e, por fim, a síntese geral horizontal e a síntese geral vertical debatida com a análise da autora e demais referenciais utilizados que embasaram a construção das categorias de análise. Tal sequência será utilizada primeiramente

para a entrevista inicial (pré-orientações) e posteriormente para a entrevista final (pós-orientações).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DESVENDANDO O DESCONHECIDO

Esta categoria surgiu considerando-se ausência de informações relatadas. Tanto os pacientes quanto os acompanhantes desconheciam ou pouco sabiam sobre o procedimento que seria realizado. Cada qual à sua maneira tentava explicar o procedimento ou até mesmo mostrar-me que já possuía alguma informação. Outros apenas diziam: “[...] não sei como funciona”.

“[...] eu ouvi falar que leva um pique na virilha [...]” (E2)

“Entendi que é um exame pra analisar como está a veia [...]” (AE2)

Foram perceptíveis as pausas para reflexões e busca da memória, com alguns sorrisos e olhares nervosos que indicavam o desconhecimento ou dificuldades com o tema a ser tratado.

A visão da doença e/ou do procedimento é diferente para cada pessoa, pois os indivíduos têm diferentes formas de sofrer ou reagir a doenças (BERLINGUER, 1988), e, ainda neste caso, ao contato com materiais e medicamentos e pessoas ditas estranhas.

Mas a doença não deve ser encarada como sendo a pior situação da vida, como disse Rubem Alves em sua crônica Sobre o Tempo e a Eterna Idade: “[...] outras doenças vêm para ficar. E é inútil reclamar. Se vêm para ficar, é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa” (ALVES, 2011, p.81).

Talvez não seja possível seguir este pensamento ao se falar da doença cardiovascular, pois o adoecimento cardíaco e as relações interpessoais, principalmente no convívio familiar, podem trazer comportamentos singulares.

As doenças cardiovasculares têm crescido consideravelmente na população, assim como as formas de diagnosticá-las. O robusto crescimento dos meios diagnósticos não é evidente no que tange às informações manifestadas pelos participantes, tampouco sobre as doenças e o que as cerca.

Pensar em cateterismo cardíaco, como enfermeiro de hemodinâmica, remete inicialmente a um procedimento minimamente invasivo, que possibilita ao paciente maior conforto e segurança para diagnosticar uma possível cardiopatia. O estudo mostrou que tanto

pacientes quanto seus acompanhantes não souberam informar o que iriam realizar, ou mesmo não se recordavam sobre como seria o procedimento. Não sabiam dizer, mas já ouviram falar.

“Bem, eu acho que é um exame de [...] para saber onde está obstruído [...]”
(AE3)

“Eu já fiz, mas não foi aqui. Agora eu não me lembro mais [...]” (E1)

Importante ressaltar que, no serviço cenário da pesquisa, as orientações para a realização do exame proposto são de cunho técnico, em seguimento a um protocolo estabelecido, como, por exemplo, estar em jejum de 12h, depilar a virilha, trazer xerox de documentações e exames e vir acompanhado. As primeiras orientações sobre o procedimento são fornecidas diante da atuação da enfermagem nos cuidados iniciais, quando têm início explicações sobre o exame propriamente dito, riscos inerentes, assinatura do termo de consentimento cirúrgico e anestésico, tempo do exame, cuidados pré, trans e pós realização do mesmo.

Contudo, sabe-se que, rotineiramente, diante de um acontecimento novo, ou desconhecido, seja na compra de um produto ou de uma intervenção em saúde, principalmente as que são de caráter invasivo, como é o caso do cateterismo cardíaco, os indivíduos necessitam estar atualizados, orientados quanto esta nova aquisição/intervenção, seja por informações verbais ou escritas. Tal fato demonstra certa fragilidade do serviço pesquisado, posto que as informações inerentes ao cateterismo cardíaco se mantiveram ocultas nas falas dos entrevistados. Podemos até mesmo estender esta fragilidade para toda a rede de atenção à saúde, dado que estes pacientes e acompanhantes também são acompanhados por outros serviços.

Os pacientes acometidos por doenças cardiovasculares são captados pela atenção primária à saúde e geralmente iniciam o tratamento pelas consultas médicas periódicas e, posteriormente, por meio do resultado de exames, como teste ergométrico, ecocardiograma e cateterismo cardíaco. Nesta fase, é de competência do profissional informar ao paciente sobre seu estado atual de saúde. Sendo assim, pressupõe-se que aqueles que irão submeter-se ao cateterismo cardíaco já tenham recebido, em algum momento, orientações sobre a intervenção a ser realizada. No entanto, podemos perceber através das falas dos entrevistados que tal fato poucas vezes acontece.

“Meu cardiologista solicitou um exame [...] e o resultado desse exame que vim fazer este [...]” (E3).

Há relatos na literatura de que o conhecimento acerca do cateterismo cardíaco é deficiente, mas que a compreensão do mesmo auxilia no processo de adesão ao tratamento.

É fundamental a conscientização dos profissionais no sentido de informar os pacientes, instruindo-os sobre os benefícios alcançados com a compreensão tanto dos procedimentos como dos aspectos relacionados à adesão ao tratamento após a alta hospitalar [...] “a maioria dos pacientes tem conhecimento insatisfatório sobre o exame” (CAVALCANTI *et al.*, 2008, p. 207).

Foi possível observar que os entrevistados se dirigiram ao local do procedimento sem conhecimento do que iriam realizar. Indagados sobre como obtiveram informações antes de chegarem ao serviço de hemodinâmica, relataram que o profissional médico com quem fazem acompanhamento informou quanto à necessidade da realização do cateterismo cardíaco, mas que não foi transmitida a informação sobre como acontece o procedimento.

Aqueles que detinham certo conhecimento informaram que não se preocuparam em obter mais informações acerca do assunto por acharem suficiente o conhecimento prévio.

“Eu tenho uma noção mais ou menos: se não fizer, vai infartar! [...]” (E4)

Os pacientes que estavam realizando o exame pela segunda vez ou mais se sentiam mais seguros ao falar sobre o procedimento. Podemos inferir que a experiência prévia de realização do exame contribui para um melhor conhecimento sobre o procedimento e até mesmo sobre os cuidados necessários antes e após, mesmo expondo o paciente a maior ansiedade frente a possibilidades de desfechos inesperados.

“[...] eu já fiz pelo pulso... mas, dessa vez, pediram para depilar a virilha; porque deve ser feito pela virilha, né?” (E1)

“Eu já acompanhei ele uma vez... sei que faz uma esteira, um negócio que vai correndo [...]” (AE1)

Entretanto, mesmo não sendo um procedimento desconhecido por alguns dos entrevistados, as respostas demonstraram uma falsa compreensão sobre o exame e nos permitem considerar que possivelmente os profissionais não estão promovendo comunicação suficiente, capaz de alcançar a compreensão do outro.

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008, p. 313).

Explorando esse processo comunicacional, seria possível afirmar que o falso conhecimento interfere no aumento de riscos inerentes ao procedimento. A dúvida quanto ao exame, seu preparo, jejum, cuidados pré e pós e até mesmo sobre o tempo de espera pode desestabilizar este paciente e quem o acompanha. Tais dúvidas são passíveis de esclarecimento por meio da educação para a saúde.

Abordamos aqui as orientações de enfermagem aliadas ao saber popular como forma de educação em saúde. A ausência de informações claras dificulta o paciente a tomar a decisão de realizar o procedimento proposto, principalmente no que diz respeito a exames invasivos, como é o caso do cateterismo cardíaco, levando em consideração que o cenário de desinformação aumenta a chance de ter uma percepção errônea da situação, podendo piorar a evolução clínica do paciente (LENZEN; GAMEL, 2002).

As possibilidades de intercorrências e/ou complicações durante e após o procedimento, como sangramento, pseudoaneurisma, o mal prognóstico, falta de acompanhante, na primeira vez em que o paciente é submetido ao procedimento, e a falta de informação e/ou orientação, além do tempo de espera, são as principais causas de ansiedade pré-cateterismo cardíaco (BUZATTO; ZANELI, 2010).

Neste estudo, pode-se perceber que os participantes se apresentavam dispostos e, de acordo com suas concepções, sentiam-se preparados para se submeterem ao procedimento, e, no caso dos acompanhantes, estar em companhia deles, proporcionando o apoio físico e emocional.

Apesar da contribuição que as orientações de enfermagem proporcionaram aos participantes, construímos a categoria a seguir baseada na falta de clareza nas falas quanto ao reconhecimento de um profissional destinado a estas orientações.

4.2 EM BUSCA DE UM PROTAGONISTA

Quando abordados a respeito das orientações promovidas através de algum profissional, a fala dos entrevistados demonstrou, em vários momentos, que não há um mediador do conhecimento sobre como ocorrem os procedimentos na hemodinâmica. A

ausência de respostas claras quanto ao profissional que orientou sobre o exame, permite interpretar que, até o momento, os pacientes e seus acompanhantes que se direcionam para realizar o cateterismo cardíaco adquirem informações por intermédio de vizinhos, parentes ou da internet. O enfermeiro não foi mencionado em nenhuma das respostas como profissional que fornece orientações do exame até a chegada para o mesmo.

“Não, a orientação foi somente do que tinha que fazer antes de chegar até aqui... depilar a virilha, essas coisas [...]” (AE1)

“A minha afilhada... ela tem um cuidado danado comigo [...]” (E5)

Isso reflete uma realidade que propicia uma crítica e reflexão da prática da educação em saúde e possivelmente uma contradição entre o modo como está preconizada teoricamente a realização da educação em saúde e como a rede de serviços a está implementando na prática. Existem estudos descrevendo a importância das orientações de enfermagem, neste caso, quanto ao preparo de pacientes para exames, assim como a realização do cateterismo cardíaco.

Podemos demonstrar o quão importante são as orientações de enfermagem no período pré-procedimento, visando a um cuidado humanizado e à integralidade da assistência. As orientações de forma clara e individualizada, prestadas através de profissional capacitado, fazem-se necessárias e para tal diminuem o estresse e a ansiedade em relação ao procedimento (LANDAL; PELOAES, 2009, p. 27).

Vivemos uma época em que as políticas de saúde estão constantemente passando por mudanças adaptativas ao contexto social, em busca de um atendimento integral aos fatores determinantes da saúde, que permita aos usuários o acesso, em todos os aspectos e todos os níveis de assistência, contemplando as diretrizes do SUS. Neste contexto, ainda se observam, em parte, as dificuldades da população em perceber tais mudanças, pois esta parcela ainda está fortemente ligada ao cunho curativista das ações em saúde, ficando assim a educação em saúde, por exemplo, e os seus atores, pouco perceptíveis.

Segundo as considerações de Silva *et al.* (2009), as mudanças nas práticas assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde são ainda incipientes e têm pequena visibilidade no cenário das práticas em saúde, justificando-se, assim, a não percepção desta prática como estratégia para a transformação do ensino e do controle social, assim como a visibilidade dos profissionais presentes nesse processo.

É notória a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde e da desburocratização das ações. É preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-o da doença para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade. Desta forma, o papel da atenção hospitalar na rede de serviços de saúde, bem como os profissionais que neles desempenham suas atividades, pode ser alinhado ao cumprimento de suas ações, às necessidades de saúde da população, tornando as instituições parte ativa de todo o processo.

No caso da educação na área de saúde, atuar considerando a realidade, objetivando a sua transformação pelos sujeitos que a constroem, implica vivenciar a realidade na rede progressiva de cuidados, constituída pelos serviços de atenção básica, de atenção secundária, de atenção terciária e de atenção quaternária, sempre na perspectiva da integralidade dos sujeitos e da atenção (SILVA e SENA, 2006, p. 489).

Fazer o outro ser visto é torná-lo pertencente ao objeto que se almeja enxergar. O profissional que se entrega às atividades em saúde propostas e busca em si a aceitação das diferenças, propiciando ao outro a compreensão destas desigualdades, aliada ao cuidado e ao bem-estar, faz-se presente aos olhos do outro.

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação da pluralidade do humano na vida social. Incluir o que não sou eu, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar (BRASIL, 2011, p. 33).

Um questionamento importante pode ser contemplado neste momento: como queremos ser lembrados ou representados como profissionais da saúde? Quais ações estamos realizando que façam justiça ao âmbito da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos?

Estamos possivelmente nos esquecendo de promover o cuidado centrado no paciente, naquele indivíduo portador de direitos, que merece ser acolhido e mantido numa relação de sujeitos e não de máquinas, tecnologias e resolubilidade, e por isso, possivelmente, não estamos sendo percebidos como responsáveis por ações educativas.

Questionados quanto à forma que gostariam de saber sobre o procedimento, obtivemos respostas variadas dos participantes. Demonstravam determinada insegurança e a necessidade de que as orientações fossem sobre a realidade do processo em que ocorre o exame, que

demonstrassem o que realmente aconteceria e que não se escondesse nada em meias palavras dos profissionais.

“[...] sempre ser a verdade [...] a gente quer escutar que é simples, que não dói... um profissional que fale a real é melhor”. (AE6)

Neste questionamento, podemos incitar a importância da postura dos profissionais de saúde quanto à abordagem sobre o procedimento de cateterismo cardíaco para com os pacientes e seus familiares e como, verdadeiramente, estes sujeitos gostariam de obter este conhecimento.

Poderíamos então levar em consideração a forma de acolhimento. Estamos realmente acolhendo as necessidades dos indivíduos que chegam até nós, no cenário hospitalar, por reais e importantes necessidades de saúde e seu próprio bem-estar? De que maneira estamos compreendendo e ressignificando esta necessidade? Estaríamos corresponsabilizando-nos pela mudança de comportamento dos indivíduos por meio de nossas ações?

Como destacam Cavalcante *et al.* (2009), a partir do momento em que o profissional constrói seu objeto de ação, isso se torna central para sua produção de cuidados de saúde. Esses autores defendem que uma das competências necessárias aos profissionais de saúde é a de estarem atentos para a “negociação” das necessidades. A negociação é entendida como um diálogo ou “saldo” da rede de conversações entre os referenciais técnicos e experiências vividas que definem ou distinguem as necessidades de saúde.

Possivelmente, por meio da ressignificação, o enfermeiro, como profissional de saúde, integrante da equipe de saúde, poderia se fazer presente como protagonista do processo de educação com pacientes que irão se submeter ao exame de cateterismo cardíaco na hemodinâmica.

As instituições hospitalares, a partir da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), estão aprimorando o modelo de assistência voltado para o paciente/usuário e cultivando melhor os espaços coletivos de problematização, acolhimento, escuta, entre outros. Lentamente, a população vem percebendo que, nestes espaços, é possível participar ativamente do seu processo saúde-doença. Desta forma, é possível

quebrar a dureza do hospital, garantir o respeito dos usuários, resgatar o vínculo e a responsabilização dos profissionais e pacientes, propiciar respeito e dignidade no exercício das várias profissões que se concretizam no espaço chamado Hospital (OLIVEIRA, 1997, p. 346).

Por isso, é importante considerarmos que ainda há que se caminhar no reconhecimento dos usuários como sujeitos e humanizar as relações através do acolhimento, humanização, vínculo para que os indivíduos também saibam conviver com as relações de saúde e reconhecer a importância dos profissionais em sua vida.

Neste estudo, o protagonista do processo de educação em saúde não foi revelado, ou seja, a figura de um profissional como responsável pelas ações de educação não ficou aparente nas falas dos participantes.

Na busca pela compreensão de falas que demonstrassem um profissional de linha de frente para as orientações em saúde, não surgiram demonstrações claras de que o enfermeiro fosse o profissional destinado a realizá-las no que se refere ao exame de cateterismo. Ainda que determinadas falas o tenham indicado para esta posição, não houve uma caracterização específica, envolvendo o enfermeiro como integrante da equipe de saúde.

“Acho que deve ser por um profissional de saúde”. (E1)

“Enfermeiro chefe ou médico mesmo.” (E2)

“[...] Podia ser o enfermeiro mais qualificado, né?”. (E5)

Tal resultado diverge da maioria dos estudos sobre educação em saúde, em que este profissional é apontado como o elemento principal para o processo de educação em saúde. Bastable (2010, p.) salienta: “[...] como os receptores de cuidado sempre respeitaram e confiaram nos enfermeiros para serem seus conselheiros, estes se encontram em uma posição ideal para esclarecer informações”.

Neste ponto, podemos inferir sobre a importância do vínculo criado pelo enfermeiro com o paciente e família, notavelmente expresso nas relações de trabalho em saúde pública, especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF). O trabalho do enfermeiro nas unidades de saúde engloba desde a gestação à velhice, ou seja, uma longitudinalidade de cuidados, uma relação terapêutica estreita e duradoura entre usuários e profissionais de saúde, abordando o vínculo como humanização.

A promoção de vínculo e longitudinalidade é uma responsabilidade de toda a equipe de saúde, o que inclui os trabalhadores de enfermagem e, em especial, o enfermeiro. Na ESF este atua: no levantamento e monitoramento das condições locais de saúde, no atendimento assistencial individual ou grupal, em ações educativas e comunicativas visando a ampliar a autonomia dos sujeitos, no gerenciamento do trabalho da equipe de enfermagem e, por vezes, também no gerenciamento da unidade local (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012, p 13).

Segundo Oliveira (1997), a implantação de propostas pautadas na humanização, responsabilização, vínculo e demais formas que não sejam as puramente curativistas apresenta resistências, mas não é impossível. Dentro do modelo assistencial centrado no paciente, pode-se quebrar a lógica dominante de verticalidade das ações, incentivando profissionais e usuários, para o envolvimento no processo de prevenção, promoção, recuperação e cura, que por si só abrange o processo de educação.

As observações de Guedes e Castro (2009) a respeito do hospital como cenário de outras oportunidades são esclarecedoras quanto ao fato de que o hospital não pode mais ser visto como último recurso a ser utilizado e o paciente passivo diante da equipe de saúde, mas sim aproveitar todas as oportunidades para exercer a integralidade da assistência à saúde:

É preciso incorporar um olhar horizontal profissional/paciente, aproveitando o período de hospitalização para criar novas relações dos usuários com o sistema de saúde, reprogramar suas vidas, adquirir novos hábitos de autocuidado e autonomia, construindo o ambiente hospitalar como um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania (GUEDES e CASTRO, 2009, p. 11).

Tanto na assistência como na gerência dos cuidados de saúde, o enfermeiro tem como competência propiciar uma boa e duradoura relação com os usuários, ao longo do tempo e em seus diferentes ciclos da vida, além de fundamentar o seu cuidado na inter-relação profissional com a pessoa que dele necessita, principalmente com ações de humanização.

A atuação de enfermeiros nessa direção requer, dentre outros aspectos, percepções ou posicionamentos político-éticos e modos de pensar, valorar e sentir coerentes, uma vez que estes são partes da prática profissional. Dimensionar apropriadamente o que é o vínculo e como este pode concorrer para a longitudinalidade do cuidado é uma importante condição para a produção de ambos na prática (BARATIERI; MANDU; MARCON, 2012).

No serviço de hemodinâmica, o vínculo e o sentido da longitudinalidade não podem ser bem elaborados, pois os pacientes permanecem por pouco tempo durante um exame de cateterismo cardíaco. Todavia, a maioria destes pacientes realiza um ou mais exames, o que torna, assim, um vínculo importante no sentido de aproximação, acolhimento e confiança do paciente para com o profissional.

Como demonstra um estudo realizado em Belo Horizonte (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013) sobre as necessidades de saúde de homens na atenção básica, os profissionais de saúde, em um trabalho com intencionalidade, têm o potencial de modificar sua prática no

sentido de produzir uma assistência que reconheça integralmente as necessidades de saúde dos indivíduos, neste caso, o grupo específico é composto de homens. Sobretudo, esta forma de relação e reconhecimento mútuo dos sujeitos, aqui aplicados a quaisquer sujeitos, proporcionada pelo vínculo, qualifica as necessidades de saúde dos indivíduos e o trabalho dos enfermeiros, que compõem a linha de frente no reconhecimento desses sujeitos. Assim, o enfermeiro é capaz de atuar significativamente, através da educação em saúde, nas necessidades de saúde e também no conhecimento em saúde dos pacientes e seus acompanhantes.

Ainda quanto a esta ausência da identificação do enfermeiro como responsável pelas ações educativas, pode-se incitar novamente a questão do tempo de contato entre este profissional e o paciente. Trata-se de um ambiente em que o paciente permanece por pouco tempo no setor e não retorna ou o faz com pouca frequência, tendo em vista que a hemodinâmica é um local de diagnóstico e tratamento hospitalar. O acompanhamento da doença e destes pacientes pós-exame de cateterismo é realizado por profissionais das equipes de atenção primária e de serviços ambulatoriais especializados em cardiologia, o que novamente converge às propostas da ESF e da atuação do enfermeiro como pertencente a esta equipe de saúde.

Estudos recentes demonstraram como o papel do enfermeiro nas práticas educativas é relevante para a mudança do estilo de vida dos indivíduos, como o caso de enfermeiras que auxiliaram os maridos das mães com crianças hospitalizadas a cessarem o hábito de fumar (CHAN; WONG; LAM, 2013).

É notória nos serviços de saúde, seja cuidado primário, secundário ou terciário, a presença da educação nas práticas assistenciais. Em qualquer ambiente, o enfermeiro é o agente potencial de mudança que desenvolve ações educativas, abrindo grandes possibilidades de discussão entre senso comum e ciência (PROGIANTI; COSTA, 2012).

O enfermeiro necessita mostrar-se como educador, evidenciando esta ferramenta como método potencializador do seu cuidado, colocando a prática da educação em saúde como parte integrante de sua profissão, despertar no paciente o autocuidado e mudanças no seu estilo de vida.

É importante discutir neste momento sobre a visão que os próprios enfermeiros podem ter de suas atitudes vinculadas à educação em saúde no âmbito do hospital, pois a maioria destes profissionais está mais direcionada à prática educativa com a equipe de enfermagem e não com os pacientes. Poderiam eles apresentar dificuldades de vocalização discursiva, já que

tiveram pouco espaço para tal, diferentemente do enfermeiro formado para atividades na área da saúde pública, como se percebe nas rotinas diárias das ESFs desempenhadas pela maioria dos enfermeiros. Ou seria a falta de olhar e perceber os pacientes que estão sendo atendidos e quais dificuldades estão sendo evocadas por eles?

Há que se considerar também e planejar estratégias que visam manter um diálogo entre profissional e paciente, que possuem mundos tão diferentes, além de entendermos nossa trajetória acadêmica, a maneira como foi construída e assim agirmos em prol de melhores condições de auxílio à formação das pessoas. Tais reflexões abordam aspectos sobre o processo de ensino-aprendizagem e a vulnerabilidade em saúde.

A aprendizagem é um processo ativo que acontece à medida que os indivíduos interagem com seu ambiente e incorporam novas informações e experiências, relacionando-as com o que já sabem ou aprenderam. Também se caracteriza como um sistema dinâmico e permanente pelo qual os indivíduos adquirem novos conhecimentos ou habilidades e modificam seus pensamentos, atitudes e ações (BASTABLE, 2010). Foi o que pudemos observar por meio das falas da entrevista final: o reconhecimento de algo novo sendo acrescentado no pensamento e passível de transformação por meio de novas atitudes, apesar de estarem abarcadas pela ansiedade, insegurança e pelo tempo limitado.

Essa prática educativa proporcionada pela aprendizagem faz com que pacientes e acompanhantes criem meios de melhorar ou se adaptar às diferentes demandas e circunstâncias da vida, sendo crucial para o cuidado em saúde.

Como os profissionais da saúde estão promovendo a educação para a saúde com eficácia? De que forma o processo educativo está sendo aplicado para mudar o comportamento de aprendizes? Que ferramentas podem ser usadas? Que atributos do aprendiz afetam positiva ou negativamente o aprender?

Para os enfermeiros cumprirem o papel de educadores, seu público pode ser composto por pacientes, familiares, estudantes e membros da equipe. Apesar de todos os enfermeiros serem capazes de exercer a função de disseminadores de informação, é necessário adquirir as habilidades de facilitadores do processo de aprendizagem e assim responderem efetivamente com ações aos questionamentos acima mencionados.

Agora, estaríamos mesmos dispostos a nos despir do saber considerado absoluto (científico) para então construir novos saberes baseados na vivência do outro e, desta forma, construir a verdadeira educação libertadora? Minayo (2013), fundamentando sua metodologia de pesquisas, é capaz de explicar que nunca chegaremos a uma verdade absoluta sobre o que o

outro quer expressar, pois somente compreenderemos o significado do conteúdo da fala quando nos fizermos presentes na interpretação e nas razões daquele que disse, do contrário, a mensagem estará sempre aberta.

Na busca de orientações e na espera do acontecimento, pacientes e acompanhantes se veem diante de um cenário de emoções, nem tanto diversificadas, mas presentes, como evidenciado em vários estudos e conforme descreve a categoria a seguir.

4.3 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM COMO FORMA DE ESCLARECIMENTO E ALÍVIO DA ANSIEDADE

Ao analisarmos o quadro das falas posteriores à ação educativa de enfermagem e após o término do exame, chegamos a uma síntese geral horizontal que nos faz entender que poderíamos estar entrevistando outros pacientes, diferentes daqueles que responderam aos questionamentos iniciais, pois as respostas quanto à compreensão do exame, das orientações realizadas e dos sentimentos vividos foram claras, objetivas e contrárias àquelas ditas previamente.

Esta categoria de análise foi facilmente identificada, pois o esclarecimento das dúvidas apresentadas no período pré-orientações se deu de forma unânime.

“Certo! Consegui. Agora eu sei falar!” (AE5).

Compartilhar conhecimento é algo bem complexo do ponto de vista do processo ensino-aprendizagem. Contudo, se pensarmos e analisarmos a troca de mais orientação e informação, podemos inferir que os participantes internalizaram, de certa forma, um determinado conteúdo capaz de fazê-los entender o procedimento e até mesmo criar os seus próprios conceitos. Da mesma forma, possibilitou o esclarecimento das dúvidas apresentadas, os anseios e perturbações previamente sinalizados.

A ausência de conhecimento dos participantes do estudo a respeito do cateterismo cardíaco, de contato com essa área da cardiologia e de pessoas capacitadas a orientá-los gera vários comportamentos, como exemplo a tentativa de demonstrar que já sabem ou que não tem medo. A efetiva participação do paciente e seus acompanhantes durante as etapas da entrevista favorece um sentimento de pertença, isto é, os pacientes e acompanhantes se tornam corresponsáveis, na medida em que há um maior contato entre os mesmos e o

enfermeiro que elucida o assunto através de falas e imagens do procedimento. Isso possibilita uma sensação de bem-estar e deixa-os à vontade para explanarem sobre o assunto.

Assim, a educação em saúde realizada pelo enfermeiro como intervenção responsável por mudanças, principalmente no que diz respeito aos sentimentos presentes antes do procedimento, proporciona aquisição de novos conhecimentos, esclarecimento das dúvidas pertinentes ao assunto e um estreitamento das relações entre profissional de saúde e paciente.

A prática educativa em sala de espera visa ao autoconhecimento e propicia que o enfermeiro e o usuário do serviço de saúde troquem experiências e habilidades através do processo de aprendizagem. Tornar o paciente e sua família membros da equipe multidisciplinar, ressaltando a importância da relação enfermeiro/paciente, é parte essencial do tratamento (MILANI; GERMANI, 2012).

Na prática educativa realizada, a fala da enfermeira aliada ao recurso visual (vídeo) foi um método de abordagem satisfatório para que as dúvidas fossem sanadas, até mesmo porque dificuldades na leitura e escrita para a compreensão dos pacientes são fatores significativos para a aprendizagem (BASTABLE, 2010).

Em outro estudo, o ensino de enfermagem para pacientes, aliado aos meios de multimídia, mostrou redução na ansiedade e depressão associadas com hospital (DEMIRÇELIK *et al.*, 2013).

Sabe-se que a comunicação é um elemento essencial nas relações humanas, bem como quando se trata de um coração doente. A compreensão é algo transformador; revela pensamentos e atitudes individualizadas, e o processo de comunicação eficaz demonstra ações positivas, o que pode ser evidenciado pelas falas a seguir:

“Eu acho que é importante porque a gente já chega sabendo”. (E2)

“Acho importante, porque a gente vem pra cá meio apavorado, tá certo? [...] então é bom, antes, ter alguma coisa pra gente”. (E5)

A importância da relação entre o paciente, equipe de enfermagem e família, no processo de cuidar inclui a maneira como é abordado o assunto sobre o procedimento a ser realizado, a clareza e a abertura que é dada ao paciente e aos seus familiares para que possam conversar sobre o seus sentimentos e dúvidas. A pessoa precisa de ajuda da enfermagem na identificação e esclarecimento de seus problemas para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções de reabilitação para eles (FASSARELLA *et al.*, 2013).

É importante ressaltar que a comunicação também está diretamente ligada à segurança do paciente e à melhora de sintomas de ansiedade, pois contribui para que a equipe esteja preparada para promover um cuidado eficaz, vínculo paciente-profissional e promoção da saúde, no nosso contexto, através da educação em saúde.

Quando a equipe trabalha de forma efetiva, tendo uma boa comunicação, evitam-se falhas e contribui-se para maior segurança, além de melhorar a qualidade do atendimento, fazendo com que a assistência prestada não resulte em danos ao paciente. Um paciente bem assistido, que compreende tudo que irá ocorrer durante a sua hospitalização, mostra-se menos ansioso e aceita sua condição de forma realista, tornando-se mais seguro (FASSARELLA *et al.*, 2013).

Faz-se necessária aqui uma reflexão sobre os aspectos de vulnerabilidade, os quais implicam a condição do entendimento e adoecimento, assim como considerarmos o tempo desta aprendizagem e o momento em que ela aconteceu.

Vulnerabilidade a algum agravo está relacionada aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Estes comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (MEYER *et al.*, 2006).

As situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático. O componente social envolve o acesso às informações, as possibilidades de processá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. Estas condições estão diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, entre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos aos quais elas dão sustentação. O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso. O componente programático nos

orienta a situar as dimensões educativas para além do carácter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos (MEYER *et al.*, 2006).

No ambiente da hemodinâmica, é comum os pacientes estarem vulneráveis, como no caso do componente social explicitado anteriormente: o acesso à informação. Um dos entrevistados relatou que a prática educativa pode, mesmo que em pouco tempo, ser positiva:

“[...] entendi sim. Porque acalma bem; põe a gente ‘a par’ do que vai acontecer. (E1)

As considerações de Meyer *et al.* (2006) ressaltam um grande imperativo: a transformação do sujeito diante do adoecimento – aprender a reconstruir relações intersubjetivas na educação em saúde.

a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam investir em possibilidades de transformação das condições de vida nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido demanda apreender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos (MEYER *et al.*, 2006, p. 1.340).

A participação dos entrevistados em todo o processo de orientações foi o ponto crucial para o alcance dos objetivos traçados. Fazê-los interagir e buscar reflexões sobre o exame, sobre o quanto desconhecem ou não do assunto, assim como os cuidados pré e pós-procedimento e alívio dos sintomas gerados pela espera, foi determinado pelas orientações de enfermagem, apesar das limitações.

“Ele ficar sabendo da doença dele é um meio de entender mais! Você já entra sabendo o que vai acontecer, já sabe como vai ser em casa, entendeu?” (E4)

A prática educativa deve ser abordada como inerente aos cuidados de enfermagem, no contexto hospitalar, principalmente com a utilização de pedagogias ativas (RIGON; NEVES, 2011).

Um cuidado integral, de fato, acolhedor das demandas e propiciador de autonomia dos sujeitos envolvidos na ação deve ser o propósito dos serviços de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Comumente, pensa-se a atenção básica como território de oportunidades de ações mais abrangentes como visitas domiciliares, grupos educativos, práticas educativas em salas de espera, campanhas de todas as ordens, deixando aos serviços especializados e de média e alta complexidade a alcinha de espaços para tratamento e cura de doenças, sem muita aptidão para o exercício da fala e da escuta, para a relação mais próxima entre profissional e usuário (GUEDES; CASTRO, 2009).

É importante considerar o perfil dos participantes de grupos de educação em saúde, pois muitos ainda estão acostumados com uma educação prescritiva, centrada no profissional de saúde. A participação nas atividades educativas favorece a aprendizagem significativa e resulta em mudanças dos hábitos de vida (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Neste estudo, não houve a preocupação em descrever o perfil dos entrevistados, mas pode-se apontar que os pacientes eram pessoas de idade entre 55 e 75 anos, e os acompanhantes na sua maioria eram jovens. Tanto pacientes como acompanhantes demonstraram baixa escolaridade, centralizavam suas dúvidas no diagnóstico final ou no que estaria por vir e esperavam que os profissionais os acalmassem, o que pode representar uma ação prescritiva.

No que diz respeito às contribuições das orientações de enfermagem no alívio da ansiedade, é importante considerarmos alguns aspectos como: o tempo de espera pelo cateterismo cardíaco pode ser a causa de grande estresse e angústia. Essas sensações estão diretamente relacionadas com a questão invasiva do procedimento, assim como a incerteza do resultado.

O sentimento presente no momento de espera por algo ou por alguém também emergiu das falas das entrevistas, nas quais ficaram expressos fielmente: a apreensão, o nervosismo e a preocupação.

Este instante representa a realidade de serviços de hemodinâmica, inclusive fora do país, onde pacientes que esperam pela realização do cateterismo cardíaco mostram-se ansiosos e preocupados e experimentam um estresse emocional considerável (HAJBAGHERY; MORADI; MOHSENI, 2014).

Os seres humanos são movidos por sentimentos e emoções, passando por momentos de angústia, insegurança, satisfação, felicidade, entre outros. Alguns desses sentimentos podem ser demonstrados por palavras desacertadas, batimentos cardíacos descompassados,

elevação da pressão arterial e podem se manifestar em diversos cenários, entre eles a sala de espera.

A ansiedade pode afetar biologicamente os pacientes, como a ativação do sistema nervoso simpático. A pressão arterial, a frequência cardíaca e respiratória, assim como a demanda miocárdica de oxigênio, podem aumentar, interferindo até mesmo no aumento do risco de isquemia e arritmia durante o procedimento (HAJBAGHERY; MORADI; MOHSENI, 2014).

Eventualmente, para a maioria das pessoas, o desconhecido pode se tornar perturbador. Como mencionado anteriormente, os participantes se encaminhavam para realização do exame sem conhecimento do ato pelo qual iriam passar ou mostravam-se amedrontados como consequência de informações de vizinhos, amigos e até mesmo pelo acesso à internet com experiências insatisfatórias.

“Ah... a gente fica apreensiva, né! Ele falou que está tranquilo? Porque ele foi dormir tarde, ficou assim: dormia, acordava...” (AE3)

“Nervoso, porque tudo quando fala que é de coração, a gente fica nervoso.” (AE4)

As diversas formas de educação para a saúde, como a prática educativa, são capazes de reduzir as escalas de incidência de ansiedade e depressão em pacientes com diagnóstico de infarto do miocárdio, e também são úteis para a reabilitação total. Isso significa que vale a pena aplicar amplamente a educação em saúde no trabalho clínico (SHUI *et al.*, 2014).

“Muito tranquilo”. (E4)

“Muito melhor, agora estou mais relaxado, mais tranquilo...” (E5)

O sentimento de ansiedade pelos pacientes e acompanhantes tem diversas causas. Em estudo anterior, a ansiedade no período pré-cateterismo cardíaco se relacionou a preocupações, como intercorrências e/ou complicações durante ou após o procedimento e com a possibilidade de mau prognóstico (HAJBAGHERY *et al.*, 2014).

Na prática diária, verifica-se que, devido a esse estado de estresse e ansiedade, o paciente pode não compreender com clareza as informações oferecidas. Nesse contexto de espera e ansiedade, os acompanhantes também estão intimamente envolvidos e compartilham com o paciente seus sentimentos e incertezas, tornando o manejo dessa situação ainda mais complexo para a equipe de enfermagem, visto que esses momentos são presenciados de perto.

Os pacientes também receberam orientações que não foram bem compreendidas por eles. Isto costuma acontecer por déficit na comunicação paciente-profissional, pela fragilidade emocional do paciente ou pela transmissão das informações em uma linguagem técnica, inacessível ao paciente (MENUCCI; VARGAS, 2011, p. 200).

Os participantes expressaram sentimento de alívio da ansiedade após as orientações de enfermagem, como demonstram as falas abaixo. Pode-se deduzir que a prática educativa utilizada colaborou para que tanto pacientes quanto seus acompanhantes se sentissem mais tranquilos e pudessem compreender de forma mais clara o processo do cateterismo, o tempo de espera pelo exame e pelo resultado.

“Tranquilo, outra coisa também é o tratamento dos enfermeiros, de vocês [...]” (E1)

“Fiquei mais tranquilo”. (AE2)

Os níveis de ansiedade são reduzidos quando é proporcionado um local que ofereça informações durante o período pré-cateterismo cardíaco, além da atuação do enfermeiro, ao oferecer precocemente as informações a respeito do exame a ser realizado (CHAN; CHEUNG, 2003).

Fica claro também que as orientações realizadas pelo enfermeiro foram capazes de causar mais uma mudança, além da troca de saberes e vivências: a redução da ansiedade em todos os participantes foi considerável. Isso indica que o enfermeiro deve ser ainda mais estimulado a promover estratégias que auxiliem o bem-estar dos indivíduos, tais como a prática educativa realizada, aliada ao conhecimento técnico, ao recurso audiovisual e às experiências entre ambos.

Ao dialogar com pacientes e acompanhantes, o enfermeiro dispõe de diferentes estratégias para envolvê-los sobre as informações acerca do procedimento. O profissional pode utilizar folhetos, pôsteres ou mesmo vídeos educativos com objetivo de clarificar e tornar compreensíveis as orientações. Quanto maior a qualidade e conteúdo nas informações oferecidas menor é a ansiedade. Essa condição se verifica quando o enfermeiro consegue ser claro e suprir as dúvidas, associando a informação técnica com uma sensório-perceptiva (BUZATTO; ZANEI, 2010).

Pode-se perceber a redução da ansiedade também quando o enfermeiro aborda o conteúdo técnico de maneira adaptada ao nível de entendimento do ouvinte, transmitindo as

informações por intermédio de diferentes estratégias ilustrativas que fazem o cliente compreender concretamente do que se trata e quais as etapas do procedimento. Verifica-se, assim, maior eficácia quando duas ou mais estratégias educativas são utilizadas (CHAN; CHEUNG, 2003).

Com vistas a manter a melhora no nível de ansiedade de pacientes e acompanhantes, os enfermeiros responsáveis pelos cuidados de pacientes que realizarão cateterismo cardíaco devem conhecer as causas, bem como as estratégias para reduzir o nível de ansiedade de seus pacientes, proporcionando uma assistência humanizada, objetivando um bom preparo do paciente, a fim de gerar uma recuperação mais breve, com minimização dos traumas da hospitalização e do procedimento.

Para que o cuidado contribua com o bem-estar dos pacientes e seja realmente efetivo, faz-se necessária a apresentação do enfermeiro como responsável por estas ações, sendo o protagonista do processo de auxílio e aprimoramento do conhecimento dos pacientes acerca do cateterismo cardíaco.

Desta forma, os resultados encontrados na síntese vertical das falas demonstraram o cateterismo como um procedimento desconhecido; o paciente desinformado no que tange às informações sobre a intervenção cardiovascular a que iria se submeter. Apesar do aumento constante das doenças cardiovasculares em nosso meio, as informações ainda se mostram pouco difundidas na população, e a prática educativa não evidencia um mediador principal no âmbito hospitalar. Percebemos as orientações de enfermagem como um meio de esclarecimento imediato das dúvidas apresentadas no período inicial, contribuindo na melhora de sentimentos de ansiedade, mesmo circunstanciada em um ambiente desconhecido e as diferentes particularidades sociais e familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que o processo de educar relaciona-se ao ato ou efeito de educar e educar-se, numa relação dialética entre ensinar e aprender. A Saúde nos remete aos determinantes da vida social, em meio aos aspectos socioeconômicos e políticos em prol da qualidade de vida. Educação em Saúde é uma estratégia que norteia as ações no sentido de promover um cuidado integral, em que o usuário seja sujeito de seu processo saúde-doença e cuidado.

Apesar de as grandes marcas da educação em saúde se alicerçarem no papel da educação sanitária, no curativismo e no modelo assistencial centrado no biologicismo, em meados dos anos 80, o enfoque da educação se voltou para a mudança de comportamento.

As referências de Paulo Freire evocando a relevância da reflexão crítica e do desenvolvimento da atitude reflexiva para a melhoria das condições de saúde baseados na educação libertadora e transformadora apontam uma educação em saúde que se volte para os sujeitos, envolvendo-os em todos os aspectos do cuidado no processo saúde-doença.

O conceito de educação em saúde liga-se diretamente ao de promoção da saúde, pois abarca processos que visam não só a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por algum risco social, mas, também, o bem-estar da população como um todo, reforçando o conceito ampliado de saúde que busca, entre outras coisas, preconizar aspectos comunitários, ambientais e sociais.

E assim como se traduzem as novas concepções de educação, todo espaço e oportunidade são essenciais para se fazer a educação. Pensando no cuidado em saúde, e dentro deste aspecto, o cuidado aos pacientes submetidos a procedimentos de intervenção cardiovascular, o estudo nos permitiu refletir sobre o hospital como um importante espaço na construção do cuidado em saúde, já que nele circulam todos os tipos de pessoas, detentoras de diferentes necessidades e em diferentes momentos da vida, as quais já chegam ao serviço bem fragilizadas.

Desta forma, acredita-se que o espaço hospitalar seja um local de realização de acolhimento, escuta, responsabilização e vínculo, constituindo, também, um lugar estratégico para a realização do cuidado em saúde em seu sentido amplo.

É importante que os profissionais de saúde vejam os pacientes como cidadãos, como sujeitos em seu processo de recuperação e cura, abordando-os de uma maneira integral que valorize sua subjetividade, percebendo-os como pessoas que possuem medos, sentimentos, que julgam, possuem atitudes e potencialidades. E por que não fazê-los sentirem-se especiais,

como nos aproximando, sentando ao lado e dizendo: “só tenho 30 segundos, mas me conte como está hoje!”

A educação em saúde visa aumentar o interesse, a vontade e o querer dos sujeitos para a mudança. O que se espera como resultado positivo destas ações é que elas possam causar nos indivíduos uma disposição para as transformações – conscientes e necessárias – como fruto de uma abordagem crítica, reflexiva e que vá ao encontro das reais necessidades e expectativas individuais e coletivas.

O grande desafio para uma atividade educativa em saúde é propiciar que todos os atores envolvidos saiam deste processo de uma forma positiva e diferente de quando ingressaram, amadurecendo o saber acumulado, desconstruindo ideias preconcebidas e construindo possibilidades para vivência da cidadania.

A enfermagem neste contexto, apesar de dificuldades, é promotora de mudanças e de novas possibilidades para os pacientes e seus familiares, assim como a visão inovadora de educação em saúde, é também o exercício das ações do enfermeiro voltadas para a educação.

Por todo um processo histórico no modelo de educação, e por vivenciarmos até os dias atuais as mudanças, tornamo-nos envolvidos e direcionados para aplicar tais conceitos em nossa vida diária. Contudo, as novas visões educacionais nos permitem pensar e agir de forma diferenciada, traçando caminhos melhores planejados para sermos promotores do pensar crítico e reflexivo.

Ainda assim, as orientações de enfermagem na sala de espera são capazes de iniciar um processo de transformação do pensar e agir em saúde. Mesmo nos momentos de fragilidade, somos estimuladores do bem-estar, do afeto, do compartilhamento de experiências e socialização dos saberes técnicos, práticos e populares por meio da educação participativa.

A sala de espera em hemodinâmica, apesar da atenção voltada para o exame de cateterismo cardíaco também revelou um ambiente de possibilidades de iniciar reflexões sobre como uma parcela da população está despreparada para enfrentar as doenças cardiovasculares tão crescentes no mundo. Enfrentarmos no sentido de determos conhecimento capaz de provocar mudanças significativas, sejam elas imediatas ou não, e assim propagarmos e compartilharmos este conhecimento.

Os indivíduos que se sentem cuidados refletem sobre suas ações e as consequências em que elas podem ser traduzidas, com isso se tornam ativos na busca de valores importantes para a saúde e o compromisso individual e coletivo.

Nesse aspecto, o enfermeiro necessita assumir seu papel como educador em saúde não apenas no planejamento formal, mas também utilizando conscientemente seu conhecimento em participação ativa das pessoas, assim como acompanhar os resultados desta prática tão importante.

Um dos pontos fortes da pesquisa qualitativa é que nela se experimenta a realidade tal qual é vivida pelos sujeitos. Dialeticamente, essa percepção da realidade dos sujeitos foi limitante para este estudo, tendo em vista que, das respostas às perguntas dirigidas, observaram-se possibilidades de novas abordagens que retratem como os participantes chegaram ao serviço, que tipo de fragilidade, objetivamente, apresentavam sobre o procedimento e como esses pacientes eram acompanhados na rede de serviços em saúde. Da mesma forma, proporcionar a eles a escolha de qual a melhor forma de se dialogar sobre todas as situações que envolvem o cateterismo cardíaco.

Diante da relevância desta prática educativa para atuação do enfermeiro no serviço de hemodinâmica, há que se pensar nas possibilidades de desenvolvimento desta dentro das demais unidades hospitalares, fortalecendo, assim, a educação em saúde que se inicia na atenção primária e corroborando para que os indivíduos se sintam participantes ativos do processo de cuidado em saúde. Pode-se também enfatizar a dimensão gerencial do cuidado do enfermeiro, assim como sua formação, tomando por orientação as percepções dos participantes quanto à necessidade da presença de um mediador da educação em saúde nesse ambiente.

Com isso, propõe-se a aplicação de protocolos para o serviço de hemodinâmica e demais unidades hospitalares, bem como a construção de um material contendo informações fidedignas e linguagem simples, de modo que favoreça o processo de educação em saúde e autonomia dos indivíduos.

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema quanto também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Então, torna-se importante o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa. Da mesma forma, é relevante a criação ou disponibilização de um cenário propício à realização de práticas educativas que contribuam para amenizar ou controlar o nível de ansiedade, melhorar a qualidade das informações e a continuidade do conhecimento técnico, e de si mesmo, tornando possível que os indivíduos construam a sua própria trajetória de saúde e que o enfermeiro ressignifique a sua.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. C. et al. **Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Esc. Enferm. USP, 2012; 46(2):428-35.
- ALENCAR, T.O.S; NASCIMENTO, M.A.A; ALENCAR, B.R. **Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica.** Revista Brasileira de Promoção da Saúde. Fortaleza, 25(2): 243-250, abr./jun., 2012.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. 16(1):319-325, 2011.
- ALVES, Rubem. **Sobre o Tempo e a Eterna Idade.** Editora Papirus. 13ª Edição, 2011.
- BAIM, D. S.; GROSSMAN, W. **Cardiac Catheterization, Angiography, and Intervention.** 7ª edição, 2006.
- BARATIERI, T.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. S. **Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família.** ciência y enfermería xviii(2) 2012.
- BASTABLE, S. B. **O Enfermeiro como Educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem.** 3ª. Porto Alegre: Artmed, 2010. 688 ISBN 978853632215-5.
- BERARDINELLI, L. M. M. et al. **Concepções de cuidado na perspectiva de residentes de enfermagem: os nexos entre prática e teoria** [Care conceptions from the nursing residents' point of view: links between theory and practice]. Revista Enfermagem UERJ, v. 20, n. 5, p. 567-572, 2013.
- BERLINGUER, G. **A Doença.** São Paulo, SP: Ed. Hucitec: Cebes; 1988.
- BRASIL, F. N. D. S. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde.** Brasília: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar.** 268 p., il. – Série B. **Textos Básicos de Saúde. Cadernos Humaniza SUS ; v. 3.** Brasília, 2011.
- BRASIL, M. D. S. DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** BRASIL, M. N. 2013.
- BUZATTO, L. L.; ZANEI, S. S. V. **Ansiedade em pacientes no período pré-cateterismo cardíaco.** Einstein (São Paulo); 8(4)Oct.-Dec. 2010. tab. LILACS, 2010.
- CARVALHO, P. M. G. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na estratégia de saúde da família.** (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2009.

CAVALCANTE, F. J. B. et al. **Collective welcoming: a challenge instigating new ways of producing care.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, n.31, p.315-28, out./dez, 2009.

CAVALCANTI, T. D. C. et al. Cateterismo cardíaco esquerdo: lacunas nas informações transmitidas aos pacientes. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v. 16, p. 206-210, 2008.

CEOLIN, R; ROSA, L; POTRICH, T; ZANATTA, E. A. **Educação em Saúde como Ferramenta de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma reflexão teórica.** Revista de Enfermagem Frederico Westphalen. Vol 4 e 5. Pag. 127-137, 2009.

CHAN, S. S. C.; WONG, D. C. N.; LAM, T.-H. **Will mothers of sick children help their husbands to stop smoking after receiving a brief intervention from nurses? Secondary analysis of a randomised controlled trial**, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/50>

CHAN, D.S; CHEUNG, H.W. **The effects of education on anxiety among Chinese patients with heart disease undergoing cardiac catheterization in Hong Kong.** Contemp Nurse. 2003;15(3):310-20.

DEMIRÇELIK, M. B. et al. **The Effectiveness of Multimedia Nursing Education on Reducing Illness-Related Anxiety and Depression in Coronary Care Unit's Patients.** Journal of the American College of Cardiology, v. 62, n. 18_S2, p. C50-C50, 2013. ISSN 0735-1097. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2013.08.145> >.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. E. **Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications.** p.220-235, 1994.

DIAS, M. S. A. 192f. **O semblante da clínica dialítica no contexto da promoção da saúde: reflexões dos profissionais sobre sua praxis.** Tese (Doutorado em Farmácia, Odontologia e Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005.

FASSARELLA, C. S. et al. **Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, 2013. ISSN-1982-6451.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** São Paulo: Positivo 2009.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J.; LEITE, M. **Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário.** Interface—Ciência, Saúde, Educação, v. 16, n. 41, p. 315-29, 2012.

FORTES, M. C. **Teorias da Educação: qual teoria da educação fundamenta meu cotidiano docente?** Revista Educação por Escrito, PUCRS, vol 3, n2, dezembro 2012.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREITAS, M. T. A. **A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa.** Cad Pesq. 2002; 116:21-39. 2002.

GADAMER, H. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GRAZIANNI, E. S. **Nível de ansiedade de pacientes submetidos a cineangiogramia e de seus acompanhantes**. Rev Latino-Americana de Enfermagem, 2004. março-abril; 12(2):168-74.

GUEDES, H.H.S; CASTRO, M.M.C. **Atenção Hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde**. Serv. Soc. Rev., Londrina, V. 12, 4 N.1, pág. 4-26, Jul/Dez. 2009.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HAJBAGHERY, M. A.; MORADI, T.; MOHSENI, R. **Effects of a Multimodal Preparation Package on Vital Signs of Patients Waiting for Coronary Angiography**. *Nursing and Midwifery Studies* 3.1 (2014): e17518.

LANDAL, F. T. K.; PELOAES, T. **Importância das orientações de enfermagem no exame de cateterismo cardíaco em unidade hemodinâmica**. Revista Eletrônica de Enfermagem – Cadernos de Resumo. Nº5, 2009-2010.

LENZEN, M. J.; GAMEL, C. J., IMMINK, A.W. **Anxiety and well-being in first-time coronary angioplasty patients and repeaters**. Eur J Cardiovasc Nurs. 2002;1(3):195-201.

LINCH, G. F. D. C.; GUIDO, L. D. A.; FANTIN, S. D. S. **Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional**. Texto e Contexto Enfermagem, 2010. Jul-Set; 19(3): 488-95.

MATTOS, R. A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface: comunicação, saúde e educação. Botucatu. 13: 771-780 p. 2009.

MENUCCI, C.; VARGAS, M. A. D. O. **Coronariografia no laboratório de hemodinâmica em um hospital público: conhecimento dos pacientes**. Revista de Enfermagem da UFSM 2011.

MEYER, D.E.E et al. **Você aprende. A gente ensina? Interrogando as relações entre educação desde a perspectiva da vulnerabilidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1335-1342, jun, 2006.

MILANI, L.; GERMANI, A. R. M. **Sala de espera: um cenário para a promoção de saúde**. Revista de Enfermagem, FW, 2012. v. 8, n. 8, p. 114-127.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC. SÃO PAULO: 407 p. 2010.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª edição, 2013.

MIRANDA, K.C; LIMA, B. M.G.T. **A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(4): 631-35.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. **Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura.** Journal of Management and Primary Health Care, v. 4, n. 1 (2013).

NOGUEIRA et al. **Vínculo na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose.** Rev Rene. 2012; 13(4): 784-93.

OLIVEIRA, M. F.; SILVA, L. D. F. **Enfermagem em laboratório de hemodinâmica: diagnóstico e intervenção fundamentados na Teoria da Adaptação de Roy.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010.

OLIVEIRA, R. C. **Assistência Hospitalar Pública em Betim: Mais um Passo em Defesa da Vida.** MERHY, E; ONOCKO, R(orgs). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. **Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde.** Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-78, jul./dez. 2006.

PEDERNEIRAS, C. E. A. **Experiência da criação de unidade vascular em hospital privado.** . Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, 2006.

PEDROSA, J. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação popular.** RADIS, Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro. 2003.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. **Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado; Comunicación terapéutica en Enfermería: herramienta esencial de la atención.** Rev. bras. enferm, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008. ISSN 0034-7167.

PROGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. **Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto.** Reben 2012.

QUILICI, A. P.; BENTO, A. M.; FERREIRA, F. G.; CARDOSO, L.F.; MOREIRA, R. S. L.; SILVA, S. C. **Enfermagem em Cardiologia – 2ª Edição** Revista e Atualizada. Atheneu 2014.

RIBEIRO, E. E.; MARTINEZ, E. E. E. **Hemodinâmica e cardiologia intervencionista - abordagem clínica.** Editora Manole, 2008.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. **Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: O que tem sido ou há para ser dito? Health education and nursing practice in the hospitalization context: What has been or is to be said?,** v. 20, n. 4, p. 812-817, 2011. ISSN 01040707.

RODRIGUES, M. V. V.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. **Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura.** Rio de Janeiro: Revista de Enferm UERJ. 18: 86-91 p. 2010.

SAAD, J. A., EDITOR; GARCIA, J. C. F.; GUIMARÃES, J. I., COORDENADORES. **Diretriz para realização de exames diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica.** Arq. Bras. Cardiol. 2004.

SANTOS, D. S. et al. **Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 36, p. 62-67, 2012. ISSN 0100-5502.

SANTOS, I. **Pela resignificação e institucionalização do cuidado em enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; 21(2):149-150.

SANTOS, L.; TORRES, H. C. **Práticas educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde.** . Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis: 21(3):574-80 p. 2012.

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. **A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido.** Texto & Contexto. Enferm, 2009;18(4):652-60. 2009.

SANTOS, S. S. et al. **Educação em saúde na sala de espera: uma abordagem sobre amamentação.** Em Extensão, Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 129-134, jan. / jun. 2013.

SHUI, Y. et al. GW25-e1425 **The effect of diversified health education on myocardial infarction patients with anxiety and depression.** Journal of the American College of Cardiology, v. 64, n. 16_S, 2014. ISSN 0735-1097. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2014.06.1135> >.

SILVA, et al. **Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2009. jan – fev;62(1):86-91.

SILVA, K. L; SENA, R. R. **A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado.** Rev Bras Enferm. Brasília, 2006. jul-ago; 59(4): 488-91.

SILVA, M. A. M et al. **Promoção da saúde em ambientes hospitalares.** Rev. Bras. Enferm. Brasília: 64(3): 596-9 p. 2011.

STARRFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde;. Brasília: Unesco 2002.

STIPP, M. A. C.; CUNHA, N. M. D. **Cardiovascular risk in ambulatorial clientele – a quantitative study.** Online Brazilian Journal of Nursing; Nursing Science Training for Undergraduates, Jan 2008, 2007. Disponível em: < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1213/289> >.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. **Necessidades de saúde de homens na atenção básica: acolhimento e vínculo como potencializadores da integralidade.** Esc Anna Nery (impr.)2013 out - dez ; 17 (4): 638-645 2013.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. **O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde.** Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** Atlas, 1987. ISBN 8522402736.

VERÍSSIMO, D. S. e VALLE, E. R. M. do. **Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático.** Revista SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 28-36, dez. 2005.

ZAMPIERI, M. F. M; GREGÓRIO, V. R. P; CUSTÓDIO, Z. A. O, RÉGIS, M. I. Brasil C. **Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade.** Texto & Contexto Enferm 2010;19(4):719-27.

APÊNDICE A – Teste Piloto

Pré – Orientações:
1-Como é realizado o cateterismo cardíaco?
2- Você obteve informações sobre o procedimento antes de chegar aqui? Como?
3-Algum profissional passou orientações sobre o exame? Qual profissional e quais orientações?
4-Você gostaria de saber mais sobre o procedimento que será realizado?

Pós – Orientações:
1-Você conseguiu esclarecer suas dúvidas com as orientações dadas? Por quê?
2-Você acha que as orientações foram importantes? Por quê?
3-Você acha que as orientações que recebeu lhe trouxeram alguma colaboração? Explique.
4-Qual é seu sentimento neste momento?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UFJF. **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Denise Barbosa de Castro Friedrich - **ENDEREÇO:** RUA IVON JOSÉ CURTI, 368 PORTAL DA TORRE – JF-MG CEP: 36037467 **FONE:** (32)3236-2474 **E-MAIL:** DENISE.FRIEDRICH@UFJF.EDU.BR

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “SALA DE ESPERA NA HEMODINÂMICA: O ENFERMEIRO PROMOVENDO MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO E CONHECIMENTO DE PACIENTES E ACOMPANHANTES”. Nesta pesquisa, pretendemos analisar o impacto da ação educativa de enfermagem, através da sala de espera, junto aos pacientes e acompanhantes antes de um procedimento de intervenção cardiovascular na hemodinâmica.

O motivo que nos levou a estudar esse assunto é refletir sobre o papel educativo do enfermeiro junto ao paciente e seus acompanhantes em um ambiente, como o laboratório de hemodinâmica, que permanece pouco com os pacientes.

A participação do(a) Sr(a) consistirá em dar uma *entrevista que gravaremos para que possamos conhecer sua opinião sobre cateterismo cardíaco, que tipo de orientação já tem sobre o exame, etc.* O material obtido se destina a trabalho de natureza exclusivamente científica. Esta pesquisa se classifica em tendo riscos mínimos, uma vez que a forma de abordagem e de tratamento das informações será criteriosa e de forma a proteger os participantes. Caso seja identificado e comprovado dano proveniente desta investigação está previsto indenização do participante.

Para participar desta pesquisa:

- ✓ sua participação será voluntária, não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira;
- ✓ será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar;
- ✓ estará livre para participar ou recusar-se a participar, sendo que a retirada de seu consentimento ou sua interrupção em participar poderá ocorrer no momento em que quiser. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelas pesquisadoras;
- ✓ terá sua identidade tratada com padrões profissionais de anonimato. O(a) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão prévia;
- ✓ terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização caso haja e sejam comprovados quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, sendo que esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.
- ✓ terá à sua disposição os resultados da pesquisa quando finalizada.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados durante 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao(a) Sr(a).

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da presente pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.
Juiz de Fora, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF - CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA CEP: 36036-900 FONE: (32) 2102- 3788 /
E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora testemunha

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

Pré – Orientações:
1-Como você acha que é realizado o cateterismo cardíaco?
2- Você obteve informações sobre o procedimento antes de chegar aqui? Como?
3-Algum profissional passou orientações sobre o exame? Qual profissional e quais orientações?
4-Como você se sente neste momento?
5- Como você gostaria de aprender mais sobre o procedimento que será realizado?

Pós – Orientações:
1-Você conseguiu esclarecer suas dúvidas com as orientações que foram dadas? Por quê?
2-Na sua opinião, como as informações sobre o procedimento que foi realizado deveriam ser transmitidas a você?
3-Você acha que as orientações que recebeu lhe trouxeram alguma colaboração? Explique.
4-Como você se sente neste momento?

**APÊNDICE D – Quadro das Falas
Pré Orientações de Enfermagem**

Núcleos de sentido	E1	AE1	E2(1ª vez)	AE2(1ª vez)	E3	AE3	E4	AE4	E5(1ª vez)	AE5(1ª vez)	Síntese Horizontal Entrev(Pac)	Síntese Horizontal Acomp
O cateterismo cardíaco é desconhecido	Eu já fiz um cateter, mas não foi aqui. Agora eu não me lembro mais. Deve ser porque foi pedido da Drª acho que era pra cateterismo mesmo. Na ocasião que eu fiz, fizeram até pelo pulso, mas dessa vez pediram que eu depilasse a virilha, porque deve ser feito pela virilha né?	Eu já acompanhei ele em outro exame. Eu não me lembro mais, já faz 4 anos, mas eu tenho uma... Eu sei que faz uma esteira, um negócio...vai correndo, sei que dá um contraste se não me engano aqui pelo braço...	Ah...não...eu ouvi falar que leva um pique na virilha. Minha filha olhou na internet lá.	Eu entendi que é um exame pra analisar como está a veia, o grau que tá entupido. O que eu ouvi falar é que, minha irmã que entrou na internet viu que é um tubo pequeno, faz um corte na virilha, vai passando um tubo bem fininho e, dependendo do grau, até consegue desobstruir.	Eu já fiz...ah tenho uma leve lembrança...eu dei lá e estava um pouco nervoso e ele falou "fica tranquilo" e aí ele falou com a enfermeira e ela veio e colocou um remédio debaixo da língua e depois fez e conversou com a minha filha que meu caso era cirurgia.	Bem, acho que é um exame de... pra saber onde está obstruído e pode fazer pela virilha ou pelo braço, né!	Eu vim fazer o cateterismo que é o desentupimento do coração. Essa é a segunda vez. O cateterismo você deita na cama, o médico dá uma anestesia, a gente vê tudo o que acontece, não sente nada, enfia aquele negócio que vai no coração, demora 1h mais ou menos, depois tira você pra repousar...por aí!	Não	Não sei como funciona... É a primeira vez	Assim não... eu tenho uma noção; acho que a pessoa está com as veias entupidas né, igual o caso dele, aí vem aqui pra poder ver como está...como é feito o exame mesmo eu não sei.	Eu já fiz, mas não me lembro mais; ouvi falar que leva um pique na virilha; a enfermeira coloca remédio debaixo da língua; é o desentupimento do coração; não sei como funciona, é a primeira vez.	Já acompanhei, mas não me lembro mais; entendo que é um exame pra analisar como está a veia; acho que é pra saber onde está entupido; Não sei; Tenho uma noção, mas como é feito o exame mesmo eu não sei.
Não há profissional responsável por orientações	Não	Não, a orientação foi somente do que tinha que fazer antes de chegar	Não	A minha irmã que entrou na internet e me passou essas informações	Meu cardiologista solicitou um exame... E o resultado desse exame que eu vim fazer este cateterismo...	Não, porque eu já sabia mais ou menos, né	Eu tenho uma noção mais ou menos, se não fizer, vai infartar mesmo e tem que fazer. Eu	Não. Agora se ele foi orientado, aí eu já não sei.	A minha afilhada. A sogra dela fez há poucos dias. Ela me passou orientação, como que é... graças a Deus, eles têm	Tive. Pela minha filha, porque teve mais ou menos 20 dias ela trouxe a	Não, meu cardiologista solicitou um exame e o resultado dele e por isso eu vim fazer; eu	Não, a orientação foi somente do que tinha que fazer antes; a minha

		aqui; raspar a virilha, essas coisas...sobre o cateterismo não		s, mas nenhum profissional passou não...			vou fazer de novo porque estou sentindo as mesmas coisas...		um cuidado "danado" comigo!	sogra dela aqui.	tenho uma noção se não fizer, vai infartar; a minha afilhada passou a orientação.	irmã que entrou na internet; não, eu já sabia mais ou menos; minha filha passou.
	Não, a Doutora falou que aqui seria o ideal... aí eu falei "então vamos arrumar". Ainda aconteceu o pior porque eu pago um dinheiro bom pro convênio e estou há 34 dias pra chegar aqui.	Não, o que ia fazer aqui, não...	Não, só pediram pra fazer o exame, mais nada	Não	Não falou detalhes por menores não... e falou que hoje o cateterismo é mais simples de fazer.	Não	Meu médico	Não	Eu to fazendo a acompanhamento há um 1 e pouco; eu fui no clínico geral e ele me passou um remédio...aí eu fui no pneumologista e ele falou pra procurar um cardiologista; ... o cardiologista pediu pra fazer esteira, eco, essas coisas; aí na esteira acusou...aí pediu pra fazer o cateterismo.	Filha	Não, a Drª falou que aqui seria o ideal; não, só pediram pra fazer o exame; não falou detalhes; meu médico; eu fui no clínico, no pneumo, o cardiologista pediu o cateterismo.	Não; Eu passei amor. Minha filha
Muitas emoções vivenciadas	Expectativa né...porque eu não sou um homem calmo, mas eu tento me controlar.	Expectativa né...	A gente fica meio "cabreiro" né, nunca fez!	Acho que é de amor, né, porque além de ser pai e... eu passei por cirurgias também, mas é estar perto né, passar amor e sentir que a gente ama ele, confiar em Deus também	Nesse momento eu estou tranquilo...eu não gosto de ficar parado e gosto de estar sempre movimentando... eu mexo com mecânica, com horta...estou tranquilo, graças a Deus!	Ah a gente fica apreensiva né! Ele falou que está tranquilo? Porque ele foi dormir tarde, ficou assim, dormia, acordava ...21:00 h ele já tá indo dormir!	Eu estava nervoso antes de chegar; como eu já cheguei, eu estou me acalmado. É ansiedade de ver a coisa concluída, mas eu já estou me acalmado.	Nervoso, porque quando fala que é de coração né, a gente fica...	Eu tô bem, porque eu já fiz muita cirurgia, eu tive má circulação e fiz uma ponte de safena na perna e tive que tirar 2 dedos pra não perder a perna...então umas 19 cirurgias eu já fiz (risos)	A gente fica preocupado né, por igual no caso a gente chegou aqui então praticamente e eu sou responsável por ele, né...a autorizar a gente não sabe o que pode acontecer, né!	Expectativa, tento me controlar; Meio cabreiro; tranquilo, graças a Deus; estava nervoso antes de chegar; eu tô bem, já fiz muita cirurgia.	Expectativa, confiar em Deus; Apreensiva (ele falou que tá tranquilo? Mas ele foi dormir tarde; Nervoso, porque, quando fala que é coração, a gente fica preocupada

o, não sabe o que pode acontecer.

<p>Todos querem informação</p>	<p>Antes do exame. Por um profissional, né!</p>	<p>Antes de fazer o exame. Que alguém aqui da "coisa" orientasse, assim, antes de fazer...fazer assim, vai acontecer isso ou aquilo...vai fazer pelo braço. Ah pelo médico que vai fazer ou pelo enfermeiro capacitado pra isso.</p>	<p>Alguém explicar o procedimento todo, ficar "inteirado" né, pra ficar sabendo o que vai acontecer. Gente chega aqui e não sabe de nada.</p>	<p>Sempre ser a verdade né...a gente quer escutar que é simples, que não dói, mas não é sempre desse jeito né...acho que um profissional falando a "real" mesmo eu acho que é até melhor né; você fica mais, né!</p>	<p>Sobre a realidade do que vai ser feito, porque a gente tem que...não pode ficar escondendo não...geralmente eu pergunto sempre o médico, a gente sempre conversa, é muito atencioso.</p>	<p>Eu gosto de saber tudo, mas tem pessoas que ficam apavoradas, mas não é o meu caso; eu gosto de saber como é feito... Pra mim tanto faz receber pelo profissional ou pela internet...com tanto que tire as dúvidas, né!</p>	<p>Primeiro pelo meu médico, porque além dele ser meu médico ele é meu primo, então se torna mais fácil, eu chegar e ele fala tudo a verdade comigo e ele fala você faz isso, aquilo...</p>	<p>Acredito que através de vídeo mesmo, ou pessoa né...o problema que a internet a gente vê e não entende né...podia ser por um profissional mesmo.</p>	<p>Na boa né...(risos) receber uma coisa em casa que é mais fácil né!</p>	<p>Da melhor forma possível...o certo quando a pessoa vem né, infoma, não é isso? Da melhor forma possível!</p>	<p>Antes do exame por um profissional; Alguém explicar o procedimento todo; Sobre a realidade do que vai ser feito; Primeiro pelo meu médico porque ele é meu primo; Receber alguma coisa em casa que é mais fácil.</p>	<p>Antes de fazer o exame, alguém daqui orientasse; A gente quer escutar que é simples, que não dói; Um profissional falando a real; Pra mim tanto faz receber pelo profissional ou pela internet; vídeo ou pessoa porque a internet a gente vê e não entende; o certo quando a pessoa vem e informa.</p>
--------------------------------	---	--	---	--	---	--	---	---	---	---	---	---

Síntese Vertical	Eu já fiz um cateter mas não foi aqui, agora eu não me lembro mais; Não, a Drª falou que aqui seria o ideal; Expectativa né; Antes do exame por um profissional.	Eu já a acompanhei ele em outro exame mas não me lembro mais; Não, a orientação foi somente do que tinha que fazer; Não, o que ia fazer aqui não; expectativa, né; Antes de fazer o exame que alguém daqui orientasse.	Eu ouvi falar que leva um pipi que na virilha; Não, só pediram pra fazer o exame, mais nada; a gente fica meio cabreiro, né...; Alguém explicar o procedimento todo pra ficar inteirado.	É um exame pra analisar como está a veia; a minha irmã que entrou na internet; Estar perto, passar amore ele sentí que a gente ama ele; Sempre ser a verdade... a gente quer escutar que é simples.	Tenho uma leve lembrança; Meu cardiologista solidou um exame e desse era pra fazer o cateterismo; Não falou detalhes por menores não; nesse momento eu tô tranquilo, não gosto de ficar parado não; Sobre a realidade do que vai ser feito.	Acho que é um exame pra saber onde está obstruído, faz pelo braço ou virilha; Não porque eu já sabia mais ou menos; Não; A gente fica apreensiva né; Eu gosto de saber tudo.	É o desentupimento do coração; Eu tenho uma noção mais ou menos, se não fizer vai infartar; Meu médico; Eu estava nervoso antes de chegar; Primeiro pelo meu médico porque alí me de ser meu médico ele é meu primo.	Não, e se ele foi orientado eu não sei; Não; Nervoso; Acredito que através de vídeo ou pessoa.	Não sei como funciona; A minha afilhada; To fazendo acompanhamento, eu fui no clínico ele me mandou orientar pneumologista depois pro cardiologista que pediu esse exame; Receber uma coisa em casa é mais fácil.	Eu tenho uma noção, acho que a pessoa está com as veias entupidas; Tive pela minha filha; A gente fica preocupado; O certo quando a pessoa vem e informa.	
------------------	--	--	--	---	---	--	--	--	---	---	--

APÊNDICE D – QUADRO DAS FALAS
Pós Orientações de Enfermagem

Núcleos de sentido	E1	AE1	E2(1ª vez)	AE2(1ª vez)	E3	AE3	E4	AE4	E5(1ª vez)	AE5(1ª vez)	Síntese Horizontal Entrev.(pact)	Síntese Horizontal Acomp.
Esclarecimento das dúvidas pré-existentes	Consegui, entendi sim. Porque a calma bem; põe a gente "a par" do que vai acontecer. Você entrar no hospital sem saber o que vai acontecer, né...aí já sabe mais ou menos como é.	Consegui. É muito importante.	Consegui. Eu acho que é importante porque a gente já chega sabendo	Consegui. É importante, com certeza.	Esclareci. (falou o que é o cateterismo)	Dá...mas agora eu quero saber o que deu!	Deu pra esclarecer tudo! Quanto mais orientação melhor né!	Consegui.	Consegui. Foram muito importantes...	Certo! Consegui. Agora eu sei falar	Consegui, entendi sim, a calma bem; É importante; Deu pra esclarecer tudo.	Conseguié muito importante; Agora eu quero saber o que deu; Agora eu sei falar.
Não há reconhecimento de um único profissional responsável por orientações	Acho que dever ser por um profissional de saúde.	Médico, enfermeiro ; ainda mais pra quem está aqui fora ficar mais tranquilo; quem está lá dentro também, porque a tranquilidade na saúde é muito bom.	Enfermeiro chefe ou médico mesmo.	Pelo profissional que fez a cirurgia nele.	Médico né...acho que sim	Eu acho que tem que ser esclarecido aqui né...todos que estão aqui estão a par, tanto a enfermagem quanto o médico né.	Não comentou	Não comentou	A minha afilhada já tinha me explicado. Podia ser o enfermeiro mais qualificado né, ou mesmo o médico.	Pela enfermeira	Profissional da saúde; médico ou enfermeiro chefe; minha afilhada já tinha explicado, mas podia ser o enfermeiro mais qualificado	Médico ou enfermeiro responsável; pelo profissional que fez a cirurgia; todos que estão aqui; pela enfermeira
	Sempre traz né; eu estou mais ou menos treinado no hospital, mas eu observei muita coisa aqui...melhorou muito.	É importante sim.	Foi válido, pelo o que recebi foi válido.	Com certeza é importante sim.	Acho muito importante né...sem dúvida	Acho, porque tranquiliza né!	Muita, porque ele está sabendo da doença dele e é um meio dele entender mais! Você já entra sabendo o que vai	Traz, a gente fica mais tranquila.	Trouxe sim.	Acho importante, porque a gente vem pra cá meio apavorado, tá certo?...então é bom antes, ter alguma coisa pra gente, e também depois	Sempre traz; foi válido; acho muito importante; é um meio de entender mais, já entra sabendo o que vai acontecer.	É importante sim; tranquiliza; é importante porque a gente vem pra cá meio apavorado

							acontecer, já sabe como vai ser em casa.			que o médico veio também é muito bom.		
Alívio da ansiedade	Tranquilo, outra coisa também é o tratamento dos enfermeiros, de vocês, do médico; isso eu observo bastante, porque eu já estive aqui há muito tempo atrás.	Estou mais tranquila.	Mais tranquilo.	Fiquei mais tranquilo.	Tudo bem	Mais tranquila! Um pouco né... falta a outra parte, o resultado!	Muito tranquilo!	Mais calma, porque eu estava nervosa.	Muito bem, muito melhor, agora to mais relaxado, mais tranquilo.	Tranquilo, nossa... sabendo agora né... porque eu estava preocupado, a gente trabalha junto. Mas graças a Deus agora o médico explicou que através de remédio volta tudo ao normal.	Mais tranquilo; mais calma	Tranquilo; tudo bem; muito melhor, mais relaxado
Síntese Vertical	Consegui, entendi sim, a calma bem; põe a gente a "par" do que vai acontecer. A orientação sempre traz colaboração e deve ser "passada" por um profissional de saúde. "Tranquilo".	Consegui esclarecer as dúvidas; a orientação deve ser transmitida pelo médico ou enfermeiro; É muito importante. "Tranquila".	Consegui esclarecer as dúvidas. É importante porque já chega sabendo e deve ser transmitida pelo médico ou enfermeiro. "Tranquilo".	Consegui esclarecer as dúvidas. É importante e deve ser transmitida por quem fez a cirurgia. "Tranquilo".	Consegui esclarecer as dúvidas; É muito importante e deve ser transmitida pelo médico. "Tudo bem"	Deu pra esclarecer e já quero saber o resultado; Pode ser transmitida pelo médico ou enfermagem. Acha importante porque tranquiliza. "Mais tranquila"	Consegui esclarecer as dúvidas. " Quanto mais informação melhor". Muito importante pois é um meio de entender mais sobre o assunto. Não comentou sobre o profissional que deveria transmitir as orientações. "Muito tranquilo".	Consegui esclarecer as dúvidas; É importante por promover tranquilidade; não comentou sobre o profissional que deveria orientar. " Mais calma".	Consegui esclarecer as dúvidas, minha afilhada já tinha explicado pelo o que viu na internet. As orientações deveriam ser passadas por enfermeiro qualificado. Sente-se "muito bem", "mais relaxado".	Consegui esclarecer as dúvidas; É importante porque antes a gente fica meio apavorado; As informações deveriam ser transmitidas pelo enfermeiro. "Tranquilo".		