

Tecnologias em saúde e a produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração

RESUMO | Esta pesquisa teve como objetivo cartografar a produção de cuidados da equipe de enfermagem a usuários que têm o coração em tratamento, em um hospital especializado do estado de São Paulo. O método escolhido foi o da cartografia, sob o referencial teórico da esquizoanálise. Os dados foram coletados por meio da observação participante, que possibilitou mapear o cuidado produzido pela equipe de enfermagem durante o caminhar da pesquisa. Pelas lentes cartográficas, avistaram-se mapas que revelaram um cuidado criativo, permeado por múltiplas tecnologias, emoções, subjetividades, afetos, ressentimentos e potencialidades. Observou-se que há uma produção de cuidados entre os profissionais de enfermagem junto ao paciente que sofre do coração, e neste cuidado há múltiplos fatores envolvidos, físicos, psíquicos, sociais, e que em um serviço de alta complexidade, os profissionais se apoiam em múltiplas tecnologias, articulando-as para promover um cuidado efetivo e individualizado.

Palavras-chaves: Cuidados de Enfermagem; Cartografia; Enfermagem Cardiovascular; Cardiopatia.

ABSTRACT | This research aimed to map the care production of the nursing staff to users who have their heart in treatment, in a specialized hospital in the state of São Paulo. The method chosen was that of cartography, under the theoretical framework of schizoanalysis. Data were collected through participant observation, which made it possible to map the care produced by the nursing team during the research. Through the cartographic lenses, maps were revealed that revealed a creative care, permeated by multiple technologies, emotions, subjectivities, affections, resentments and potentialities. It was observed that there is a production of care among nursing professionals with the patient suffering from the heart, and in this care there are multiple factors involved, physical, mental, social, and that in a highly complex service, professionals rely on technologies, articulating them to promote effective and individualized care.

Keywords: Nursing Care; Cartography; Cardiovascular Nursing; Heart Disease.

RESUMEN | Esta investigación tuvo como objetivo mapear la producción de atención del personal de enfermería a los usuarios que tienen su corazón en tratamiento, en un hospital especializado en el estado de São Paulo. El método elegido fue el de cartografía, bajo el marco teórico del esquizoanálisis. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante, lo que permitió mapear la atención producida por el equipo de enfermería durante la investigación. A través de las lentes cartográficas, se revelaron mapas que revelaron una atención creativa, impregnada de múltiples tecnologías, emociones, subjetividades, afectos, resentimientos y potencialidades. Se observó que existe una producción de atención entre los profesionales de enfermería con el paciente que sufre del corazón, y en esta atención hay múltiples factores involucrados, físicos, mentales, sociales y que en un servicio altamente complejo, los profesionales confían tecnologías, articulándolas para promover una atención eficaz e individualizada.

Descriptor: Cuidado de Enfermería; Cartografía; Enfermería Cardiovascular; Enfermedad del Corazón.

Rosimeire Angela de Queiroz Soares

Enfermeira. Docente do curso de graduação e pós graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Doutora em Ciência pela EEUZ, licenciada em enfermagem pela Faculdade de Educação da USP, Enfermeira especialista em cardiologia no Incor- FMUSP.

Silmar Maria da Silva

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Doutora em Enfermagem pela EEUZ, enfermeira especialista em cardiologia pelo PAP- HCFMUSP.

Adriana Maria da Silva Félix

Enfermeira. Doutora em Ciências pela EERP-USP. Docente do curso de Graduação e Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em: 19/09/2019

Aprovado em: 19/09/2019

Ana Paula Almeida de Moraes

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de São Paulo, enfermeira no Incor- HCFMUSP. Docente do curso de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Silmara Gonçalves Soares

Enfermeira. Hospital Pirajussara. Egressa do programa de aprimoramento em enfermagem Cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de São Paulo. Especialista em UTI e Urgência e Emergência pela Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara.

Ingridy Tayane Gonçalves Pires Fernandes

Enfermeira. Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade de Mogi das Cruzes. Aprimoramento em Psiquiatria e Saúde Mental. Especialista em Educação e Saúde Pública. Docente no Curso de Enfermagem da Unid - São Paulo.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortes no Brasil e correspondem à principal causa de hospitalizações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Sistema Único de Saúde (SUS) muito superior às doenças respiratórias, neoplasias e diabetes, agravadas pelo fato de que a ocorrência das DCV aumenta com o envelhecimento⁽¹⁾.

Estudos^(2,3) realizados em pessoas portadoras de doenças cardiovasculares evidenciaram uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, apontando para a importância de uma equipe multiprofissional empenhada para cuidar destes usuários, em suas múltiplas dimensões (físicas, emocionais, sociais e familiares).

Culturalmente associado ao centro das emoções, o coração traz essa simbologia, ainda que inconsciente em nosso meio. Como essas pessoas vivenciam o processo de adoecimento e o significado deste coração “fisiologicamente afetado” tem sido motivo de estudos^(3,4) citados em diversas bibliografias no âmbito multiprofissional. Poucas pesquisas enfatizam a preocupação em auxiliá-las a passar por esse processo.

Embora não fosse o objetivo discorrer sobre as doenças cardíacas, para entender quais eram as produções teóricas a respeito do cuidado de enfermagem às pessoas com cardiopatias, realizou-se, entre os meses de fevereiro a abril de 2013, um levantamento bibliográfico acerca da produção de cuidado de enfermagem sobre as doenças cardiovasculares nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Embora contemplem amplo acervo de referências na área de enfermagem em nível internacional, não foram encontrados trabalhos com o termo “produção de cuidados”.

Foram utilizadas as palavras “doenças cardiovasculares” e “cuidado de enfermagem”, numa busca integrada com o operador “AND”, e identificados 20 trabalhos nos últimos 5 anos. Após análise dos resumos, foram acessados 12 trabalhos que efetivamente discorriam sobre cuidados de enfermagem a usuários com doenças cardiovasculares. Já na base CINAHL, por meio dos descritores “heart diseases” “AND” “nursing care”, dos 64 artigos disponibilizados, foram selecionadas 31 publicações.

Houve predomínio de estudos baseados no perfil epidemiológico e sociodemográfico, à sintomatologia e a diagnósticos de enfermagem, enfatizando questões sobre prevenção e tratamento das cardiopatias⁽⁵⁻⁷⁾.

Evidenciou-se uma preocupação prevalente em levantar aspectos biológicos dos usuários. Contudo, sabe-se que tais sintomas físicos comprometem o autocontrole e a autoimagem, podendo representar uma

condição de dependência para necessidades que são básicas para o ser humano.

Apontou-se também a necessidade de aprimoramento profissional, implementação de teorias, métodos e protocolos de enfermagem baseados em diagnóstico e levantamento de necessidades de cuidados, visando à melhoria da prática e fundamentação dos cuidados de enfermagem, evidenciando a utilização da tecnologia dura no cuidado em enfermagem^(5,8,9).

Salienta-se que o processo de enfermagem deve considerar as características dos usuários, considerando valores, como sexualidade, cultura, conhecimento e significado da doença cardíaca, para tornar a assistência mais efetiva⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Evidenciou-se a preocupação com o cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico, ao levantar a necessidade dos pacientes em pré-operatório, emergiram sentimentos de impotência, angústia e medo na iminência do procedimento cirúrgico. Além de sentimentos de dor, ausência do cônjuge, ansiedade e impotência, dificuldade de dormir, identificados no pós-operatório imediato^(7,13).

Apenas dois estudos^(11,14) apontaram que os usuários buscavam frequentemente apoio na família, na religião (espiritualidade) e nos profissionais de saúde. Contribuindo para que os usuários (e familiares) enfrentassem a situação de uma forma mais otimista, corroborando para melhor qualidade de vida e diminuindo sintomas de depressão.

Percebe-se, portanto, o papel fundamental da enfermagem ao promover cuidados integrais e a dificuldade em dissociar o corpo biológico (objetivo) das características subjetivas da pessoa que influenciarão no modo como vai reagir à doença e ao tratamento e, portanto, às demandas de cuidado; pontuando que o cuidado do coração físico não se dissocia do cuidado ao ser humano em sua integralidade.

Torna-se importante ao profissional reconhecer essas limitações e enxergar que tais manifestações, embora indesejadas, são limitações impostas pelo contexto do adoecimento e não correspondem ao âm-

bito pessoal, influenciado por questões de subjetividade de quem cuida e é cuidado.

Franco⁽¹⁵⁾ pontua que a subjetividade interfere decididamente no modo como se produz o cuidado e se manifesta através da observação de certas condutas na relação entre usuários e profissionais de saúde.

Por acreditar nessa premissa na promoção de um cuidado ampliado, este estudo buscou cartografar o processo de trabalho construído pela equipe de enfermagem durante a assistência a usuários com o coração em tratamento.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na unidade de internação de um hospital de alta complexidade especializado em cardiologia; aprovada mediante do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o n.º 623.121 e CAAE: 23424713.2.0000.5392.

Participaram da pesquisa, 21 profissionais de enfermagem (07 enfermeiros, 14 auxiliares de enfermagem) e 08 usuários que manifestaram seu consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato, os sujeitos da pesquisa foram identificados por codinomes (pássaros, árvores).

Dos profissionais, 100% era do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 55 anos. Entre as auxiliares de enfermagem, 71% tinham curso de Técnico de Enfermagem, 21,4% Graduação e Especialização em Enfermagem. Todas as enfermeiras tinham Especialização em Cardiologia.

Para cartografar movimentos reais e sutis de sensações, sentimentos e produções dos profissionais de enfermagem ao cuidar de pessoas em tratamento do coração, foi adotado o referencial de investigação ampliado da pesquisa qualitativa e pesquisa-intervenção, e a cartografia como referencial metodológico⁽¹⁶⁾.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fe-

nômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽¹⁷⁾.

A cartografia é um percurso metodológico formulado e baseado na Esquiza-análise referencial teórico, também conhecido como análise da diferença⁽¹⁸⁾. Este referencial metodológico tem sido utilizado preferencialmente para acompanhar processos de cuidado, embora não houvesse evidências de sua utilização no ambiente hospitalar⁽¹⁹⁻²¹⁾. Dado estimulante e desafiador, ao pensar nos cuidados produzidos no hospital, um cenário propício e movido por essas produções coletivas, que acontecem em todas as esferas de assistência à saúde.

Ampliar o olhar para que o próprio profissional pudesse estar sensibilizado a (re)ver as questões emergentes do cuidado diário, por vezes árduo, porém intenso, deslizando nas subjetividades, objetividades, saberes e fazeres tecnológicos, apostando na potência para a reflexão, permitir o estranhamento, a dúvida, a surpresa.

A subjetividade foi outro referencial adotado. Reconhecê-la é aprofundar a compreensão dos fenômenos que envolvem a produção do cuidado e considerar que as conexões de aspectos subjetivos, psíquicos e sociais acontecem nas várias esferas da vida, do usuário, e também do profissional que cuida, uma vez que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo que acontece numa produção “subjetiva do cuidado”, entre estes atores⁽²²⁾.

Os dados foram coletados através da observação participante, o diário de campo e o fluxograma analisador escolhidos no intuito de sentir e captar as sutilezas do cotidiano de produção de cuidados no hospital, visto por muitos apenas como um local de tratamento de doenças.

Para a observação participante, foi elaborado um breve roteiro de observação, que serviu como guia panorâmico para auxiliar a estabelecer uma atenção focada, inicialmente direcionada. Todas as informações, impressões e percepções foram registradas no diário de campo, que serviu como material para registro e análise dos dados.

Para descrever o cuidado de enferma-

gem, outro referencial utilizado, foi o conceito de tecnologias de trabalho em saúde proposto por Merhy⁽²³⁾:

1. Leves: tecnologias não estruturadas e que produzem relações “interseccoras” (já dito anteriormente como fusão de intersecção e intercessores), que ocorrem no encontro, na interação entre profissionais de saúde e usuários, em nível relacional (acolhimento, vínculo, escuta, conversa, autonomia);
2. Leve-duras: tecnologias que apresentam saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, tais como protocolos e conhecimento técnico-científico dos profissionais, especializações (clínica médica, psicanálise, epidemiologia, taylorismo, etc.), normatizações, rotinas, etc;
3. Duras: tecnologias bem estruturadas, tais como materiais e equipamentos de alta complexidade, como maquinários, métodos diagnósticos, instrumentais, além de normas, protocolos, hierarquizações e outras estruturas organizacionais rígidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cartografando a produção de cuidados, descobriu-se caminhar por um território acidentado, pedregoso, por vezes deserto e tortuoso, ao observar as dificuldades desses profissionais no dia a dia.

Produções de um cuidado técnico, objetivo, ainda submetido às ordens médicas, centralizado neste profissional, um território fortemente hierarquizado, mas cuja produção emergiu em grande parte dos profissionais de nível médio (auxiliares de enfermagem).

Os resultados apontavam a mapas como forma de cuidar em Enfermagem. No mapa denominado “As pedrinhas menores”, por serem pequenas, apesar de atrapalhar, não impediam a produção de cuidados dos profissionais.

Este mapa revelou várias lógicas de cuidado, reconhecido e legitimado pe-

las tecnologias duras (modernos métodos diagnósticos, avanços na área cirúrgica, tecnologia de ponta) e leve-duras (altamente especializado, normatizado, formatado, protocolado), operadas pelo humano. Mas também pela criatividade dos profissionais, marcada pela utilização das tecnologias leves, mecanismos de atuação na assistência, que não são fornecidos pela instituição, mas são formulados e empregados pelos profissionais para seu uso imediato, em ato, produzidos no encontro, por isso mesmo revelador de um cuidado criativo, micropolítico⁽²³⁾.

Na dinâmica em saúde, o cuidado é fruto desse trabalho vivo e acontece neste encontro, em ato; um conceito que converge com as produções observadas nesta tese. Produzidas em ato, durante o cuidado de enfermagem entre profissionais e usuários.

É trabalho criativo, de intervenção, em que não há repetição. É trabalho-produção, no cuidado em ato, cuidado-vivo-em ato, no instante em que é produzido com o usuário. É trabalho de interação - não meramente prescrição, repetição⁽²⁴⁾.

Observou-se que no domínio das tecnologias duras e leve-duras como demanda do sistema biomédico hegemônico, os usuários são atraídos por elas ao procurar o serviço de saúde, porém elas não eram suficientes para atender as demandas de cuidado, pois outras esferas (psíquicas, sociais, emocionais, afetivas) emergem deste processo de hospitalização.

Embora fosse um serviço referenciado por tecnologia médica avançada, métodos, meios diagnósticos e terapêuticos avançados, todo esse aparato de tecnologias duras e leve-duras⁽²⁴⁾ não era suficiente.

Observou-se, em vários momentos, os profissionais abriam mão de tecnologias leves para cuidar, complementando as demais. Notou-se que apesar do mesmo objetivo, havia diferença na realização da visita de enfermagem das enfermeiras, o fazem de maneiras muito próprias, particulares; com diversidade de tempo, objetividade, ora respeitando a privacidade do usuário, pedindo licença para entrar, para tocar.

Além disso, muitos enfermeiros estavam envolvidos no cuidado ampliado, na vida do usuário, trazendo informações além do biológico, relevantes para a produção de um cuidado ampliado e, ao mesmo tempo, singularizado, geralmente extensivo à família.

Este modo de agir de forma empática e valendo-se de tecnologias leves, embora não seja discutido, é valorizado pela equipe. Observou-se que estas enfermeiras eram vistas como referência para os usuários e a equipe multiprofissional (auxiliares, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas), reconhecendo-as como capazes de acompanhar a efetividade dos cuidados prescritos, inclusive em outras dimensões (afetivas, sociais, econômicas, profissionais, emocionais), contribuindo para produzir um cuidado integralizado e comprometido.

Um olhar atento constatou que os profissionais utilizam de diferentes tecnologias para cuidar e, em alguns casos, na mesma cena, algumas tecnologias foram mais prevalentes do que outras.

Ao acompanhar a realização de um curativo de alta complexidade por uma enfermeira, a usuária, visivelmente apreensiva, inicialmente tenta um diálogo com Gaturamo, recomendando “muito cuidado ao retirar as ataduras e limpar, porque aquela perna dói muito”. Sem responder, a profissional inicia o procedimento. Demonstra habilidade, conhecimento e segurança na realização do curativo, que dura menos de dez minutos.

Diante da cena, a usuária Gameleira, visivelmente tensa, queixa-se de dor o tempo todo e limita-se a responder com monossílabos as poucas perguntas que lhe foram dirigidas pela enfermeira. Situação desconfortante, pois, como expectadora, via duas pessoas com demandas diferentes: de um lado, a usuária clamando por uma atenção especial ao seu problema, à dor que a ferida provocava, mais ainda que a própria evolução da lesão. De outro, Gaturamo – uma especialista ávida por realizar o curativo com a cobertura mais eficiente, já que a sua meta era a cura da lesão.

De posse de sua valise, Gaturamo utiliza das tecnologias duras (modernos tipos de coberturas para feridas) e leves-duras (conhecimento e protocolos), sem, contudo, identificar que esta usuária expressava outras demandas. Ao final, a enfermeira limitou-se a providenciar a analgesia prescrita. A usuária permaneceu no leito o resto da manhã.

Esta cena denota um cuidado limitado ao corpo biológico, tenso, sofrido, em suas funcionalidades morfofisiológicas. Por outro lado, corpo indissociável, povoado por desejos, vontades, subjetividades, necessidades que extrapolam apenas a física, desejos de toda ordem! Mas que, nessa cena, é apenas um corpo orgânico.

Observa-se que não somente na interdisciplinaridade, mas dentro da mesma profissão, o cuidado, o trabalho vivo em ato acontece segundo o profissional enxerga como cuidado, como sua função, a forma como ele usa sua valise(25) e as ferramentas de que dispõe, de acordo com sua subjetividade, uma lente por meio da qual enxerga o outro e as suas demandas.

Em outro momento, a usuária Gameleira reclama que preferia quando Nhambuzinho realizava o curativo, que ela “era mais humana, fazia com carinho e sem pressa” e que ela sentia muita dor. Ao explicar melhor tal desconforto, foi identificado que o medo era um sentimento mais desconfortável do que a própria dor.

Ao observar Nhambuzinho realizar o mesmo curativo na usuária Gameleira, percebeu-se que ela explica o procedimento, oferece oportunidade para que ela fale de sua dor (seu grande medo), avalia o seu nível de desconforto e possibilidades de analgesia antes de realizar o procedimento. Acomoda-a e realiza o procedimento enquanto estimula a usuária a falar de si, de sua família, de sua vida.

Aos poucos, Gameleira se esqueceu da lesão na perna, ao falar das filhas, da neta que ajudava a criar, do seu desejo de melhorar e voltar para sua casa. Enfim, fala dos seus projetos de felicidade(26). Quando se dá conta, o procedimento já havia terminado e ela mostra-se surpresa

com a rapidez da enfermeira e com suas “mãos de anjo”, dizendo que não seria necessário “remédio para dor”. Minutos depois, foi observada passeando pelo corredor ao lado da filha.

Percebeu-se que Nhambuzinha utilizou-se das mesmas tecnologias da especialista Gaturamo, porém, combinando-as com as tecnologias leves, dando leveza ao cuidado em saúde. As tecnologias leves apoiam e viabilizam o emprego das outras tecnologias, pois permitem abordar os usuários de uma maneira mais tranquila, mais leve, potencializando o efeito das demais.

A pesquisa evidenciou que a tecnologia leve (mecanismos como fala, escuta, silêncio terapêutico, toque) é utilizada com frequência no cuidado a esse tipo de usuário. Para estes profissionais, cuidar pode ser um verbo intransitivo. Eles simplesmente cuidam.

Nesse contexto, observa-se que, embora muito ligados à alta tecnologia, não descartam a subjetividade percebida nas atividades diárias ao prestar atenção às necessidades identificadas nos usuários. Existe uma preocupação em cuidar de outras dimensões além das físicas.

“Porque, assim, a gente fica chateada, né, pelo desprezo da família, sabe? Tem paciente que fica aqui sozinho, um tempão. Não nos cabe julgar o que ele fez, porque a família abandonou [...]. Mas a gente cuida, a gente tem um carinho, uma empatia. E ele responde positivamente. Cria um vínculo, tem uns mais, outros menos. Porque isso não acontece com todos os pacientes, né? Até entre a gente é assim. Tem gente que você vai com a cara, logo de cara! [Risos]” (Rolinha).

Corroborando, Merhy⁽²⁴⁾ acrescenta que, no encontro em saúde, há uma multiplicidade de afetos circulantes possível, porque o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, exercido com relativa criatividade, expressão da sua subjetividade “fle-

xível, experimental e processual”.

Além da reconhecida importância da tecnologia dura e leve-dura (técnicas, dos materiais, saberes bem estruturados na recuperação e no tratamento do usuário) observou-se que a pessoa que sofre do coração demandava também um cuidado, subjetivo, singular e, quando não era atendido, expressava essa insatisfação de diversas maneiras, detectadas pelos profissionais durante esses momentos (plantões).

Cuidado inusitado, cuidado necessário, não prescrito, às vezes possível, às vezes impossível? Depende das conexões que acontecem nesses encontros.

Neste sentido, observou-se que o momento do cuidado necessitava também de um momento singular (e muitas vezes o é). Momento singular entre profissional e aquele usuário específico, como na cena relatada por Sanhaço:

“Ah! Eu queria muito falar de um paciente que me marcou muito, sabe? Um adolescente. Ele foi o primeiro transplantado que eu cuidei. Ele me marcou muito, sabe? Porque ele se despediu de mim! Quando eu entreguei ele na UTI (quando ele foi transferido para a UTI), ele se despediu de mim com o olhar. Ele me olhou assim [...] apertou a minha mão. E naquela hora eu senti que ele estava se despedindo, eu vi no olhar dele. Pelo olhar!” (Sanhaço).

Olhar o cotidiano dos profissionais e usuário pelas lentes da cartografia possibilitou acompanhar processos de produção de cuidados da equipe de enfermagem, sobre um coletivo de forças situado no plano da atualidade, trazendo à tona realidades até então adormecidas, que ganharam sentido e força ao serem refletidas no coletivo⁽²⁷⁾.

Não apenas como “paciente com o coração em tratamento”, neste encontro, o usuário pôde ser visto como uma pessoa que sofre do coração (e de outras questões) que incomodam e afligem-no com ser humano, tanto quanto aos profissionais. Pro-



Observou-se que a utilização de tecnologias duras e leve-duras presentes em um hospital de alta complexidade são fundamentais para a efetividade do tratamento, entretanto, há necessidade de que seu uso seja associado ao uso das tecnologias leves, potencializando seus efeitos e tornando o processo de cuidado mais efetivo e humanizado.



duzindo alegrias, aumentando a potência de criação e realização⁽²⁸⁾.

Observou-se ao caminhar junto a usuários e profissionais, que o cuidado é muito mais um processo de que um momento pontual, realizado em ato⁽²³⁾, requer conhecimentos técnicos e científicos, mas é produzido de uma maneira muito particular, baseado na subjetividade e na interação profissional-usuário, auxiliada pela articulação das diferentes tecnologias, que não se substituem, ao contrário, complementam-se; implícitos no depoimento de Sanhaço.

“Porque são pacientes crônicos, que ficam muito tempo aqui com a gente! Sabe, porque acho que o cuidado de enfermagem é o que impacta pra gente, essas emoções, essas lembranças, que a gente passa pro paciente, né? Que isso não tá nos protocolos, a gente não relata, não escreve. Mas a gente vive, com certeza! Eu penso muito quando fala em cuidado de enfermagem, eu lembro muito do cuidado destes pacientes!”

CONCLUSÃO

Olhar para a forma como os profissionais produzem o cuidado, nos convida a repensar a prática, às vezes tão automatizada e lembrar que, talvez para aquele usuário, aquele momento seja único.

Observou-se que a utilização de tecnologias duras e leve-duras presentes em um hospital de alta complexidade são fundamentais para a efetividade do tratamento, entretanto, há necessidade de que seu uso seja associado ao uso das tecnologias leves, potencializando seus efeitos e tornando o processo de cuidado mais efetivo e humanizado.

Corroborando, olhar para a produção de cuidados de enfermagem a pessoas que sofrem do coração, pelas lentes da cartografia, permitiu reconhecer a beleza e a sutileza, o olhar pelas frestas, detalhes do cotidiano, reconhecer as subjetividades

presentes e em produção.

Nesse sentido, "acessar a experiência em uma pesquisa, nos coloca, assim, diante de uma fronteira cambiante entre objetividade e subjetividade, é preciso estar disponível a elas e acolher a experiência" (29:188). Experiências que crescem a todo ins-

tante no contexto de cuidado em saúde, em todos os ambientes em que haja um humano cuidando de outro.

Que esta leitura provoque outras formas de olhar para o hospital como um local de encontro de cuidado em várias dimensões e suscite novas inquietações sobre

o que é o cuidado e de que forma podemos melhor atender às demandas do usuário, enquanto uma pessoa que tem o coração em tratamento. 🐦

ESTE ARTIGO FAZ PARTE DA TESE Apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. INTITULADA "Equipe de Enfermagem e Produção de cuidados a pessoas que sofrem do coração: uma cartografia".

Referências

- Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 25 abr 2016]; 24(3):389-398. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00389.pdf>.
- Gorayeb R, Facchini GB, Schmidt A. Caracterização psicossocial de pacientes internados em enfermagem de cardiologia. *Rev Bras Cardiol.* [Internet]. 2012 [citado em 10 out 2013]; 25(3):218-225. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n3/v25n03a07.pdf>.
- Püschel VAA, Pinheiro CF, Peruchi F. Cuidar do adulto e do idoso com doença cardiovascular: abordagem psicossocial. *Revista Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2006 [citado em 08 fev 2013]; 25(3):189-195. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-475675>.
- Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio L. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2010 [citado em 28 fev 2013]; 18(3):34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf.
- Bernardinelli LM, Santos I, Santos MLCS, Lima TCL, Mussio AC, Bernardinelli LM. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. *Rev enferm. UERJ* [Internet]. 2011 [citado em 05 fev 2013]; 19(4):541-546. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=645052&indexSearch=ID>.
- Freitas EO, Pithon LO, Guido LA, Leich GFC, Unam J. Fatores de risco cardiovasculares em uma unidade de cardiologia intensiva. *Rev. Enferm. UFPE* [Internet]. 2010 [citado em 10 fev 2013]; 4(1):188-194. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>.
- Guedes HM, Nunes DP, Nakatani AYK, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio atividade repouso em idosos admitidos em hospital. *Rev. Enferm UERJ* [Internet]. 2010 [citado em 10 fev 2013]; 18(4):513-518. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=583566&indexSearch=ID>.
- Medeiros F, Castro L, Barçante T, Megda M. Pre-and postoperative nursing care of children with a cardiac disease. *Children's Nurses. Italian Journal of Pediatric Nursing Science/Infermieri Dei Bambini: Giornale Italiano Di Scienze Infermieristiche Pediatriche.* 2010 Sep; 2(3):106-109.
- Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicol. Soc.* 2009 ago [citado em 09 jun 2016]; 21(2):166-173. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200003&lng=en&nrm=iso.
- Koerich C, Aparecida BM, Lorenzini EA, Melo LG, Callegaro HG. Myocardial revascularization: strategies for coping with the disease and the surgical process. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2013 Jan; 26(1):8-13.
- Santos R, Santos V. Cardiac catheterization - nursing interventions. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem.* 2012 Sep; 24(283):12-18.
- Goossens E, Norekvål T, Faerch J, Hody L, Olsen S, Moons P, et al. Sexual counselling of cardiac patients in Europe: culture matters. *International Journal of Clinical Practice.* 2011 Oct.; 65(10):1092-1099.
- Campognara S, Soares SGA, Silveira M, Viero CM, Barros CS, Cielo C. Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *REME Rev Min. Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 10 fev 2013]; 16(3):382-390. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagetank/pdf/v16n3a10.pdf>.
- Azzopardi S, Lee G. Health-related quality of life 2 years after coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2009 May-Jun [citado em 11 jan 2016]; 24(3):232-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19390341>.
- Franco TB. Transição tecnológica e inclusão social na saúde. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC (Org.). *A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família.* São Paulo: Hucitec; 2009. p. 147-162.
- Kastrup V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: Castro LR de; Besset VL (Org.). *Pesquisa-intervenção na infância e juventude.* Rio de Janeiro: Trarepa/FAPERJ; 2008. p. 465-489.
- Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* Petrópolis: Vozes; 1994.
- Deleuze G, Guattari F. *Kafka: por uma literatura menor.* Belo Horizonte: Autêntica, 2014.
- Catrin PRVM, Oliveira ICS. A Cartografia na Enfermagem: uma proposta de abordagem metodológica. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [citado em 10 ago 2012]; 14(2):399-405. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/25.pdf>.
- Catrin PRVM, Oliveira ICS. As estratégias da equipe de enfermagem frente à criança com doenças infecciosas e parasitárias. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado em 10 ago 2012]; 21(1):103-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a12v21n1.pdf>.
- Pigozi PL, Soares RAQ, Bigatto KS, Santos SG, Santos LG, Machado. Revisão integrativa da cartografia na produção de pesquisas em enfermagem no Brasil. *Sau & Transf. Soc.* 2014; 5(3):75-82.
- Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco TB, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.* São Paulo: Hucitec; 2013. p.151-171.
- Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo, p. 125-143). In: Teixeira SMF (Org.). *Democracia e Saúde.* São Paulo: Lemos; 1997.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.
- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface- Comunic, Saúde, Educ (Botucatu)* [Internet]. 2000 Feb [citado em 08 fev 2016]; 4(6):109-116. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000100009&lng=en.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc* [Internet]. 2004 dez [citado em 11 jun 2014]; 13(3):16-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en.
- Escóssia V, Tedesco S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.* Porto Alegre: Sulina; 2009.
- Escóssia B. *Ética.* Trad. Joaquim de Carvalho. Lisboa: Relógio D'Água; 1992.
- Barros LMR, Barros ME. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S (Org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.* Porto Alegre: Editora Sulina; 2014