

# SATISFAÇÃO DO CLIENTE PORTADOR DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM<sup>1</sup>

*SATISFACTION OF THE CLIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION CONCERNING THE GIVEN NURSING CARE*

*SATISFACCIÓN DEL CLIENTE PORTADOR DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ACERCA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA*

MARCELO ALVES DE OLIVEIRA<sup>2</sup>

GRAYCE ALENCAR ALBUQUERQUE<sup>3</sup>

ANA MARIA PARENTE GARCIA ALENCAR<sup>4</sup>

*Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que teve como objetivo conhecer o nível de satisfação do cliente portador de infarto agudo do miocárdio acerca dos cuidados de enfermagem prestados. Para tanto, foram entrevistados e observados dez clientes internados em uma unidade de referência cardíaca do município de Barbalha-CE, durante os meses de abril e maio de 2005. Os dados coletados foram organizados e apresentados em três categorias, conforme as expressões mais representativas do conteúdo dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, e tratados por meio da análise do discurso. Os resultados desvelaram o apego e o valor devotados pelo cliente a um cuidado como reflexo da arte de cuidar, o que foi observado em diversos momentos da pesquisa, fato que demonstra que elementos relacionais como a intencionalidade, a humanidade e o desvelo constituem condicionantes que conferem intensa satisfação a essa clientela.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Satisfação do paciente; Infarto do miocárdio; Cuidados de enfermagem.

*It is a study of qualitative nature which aims to know the level of satisfaction of the client with acute myocardial infarction concerning the given nursing care. Ten clients who were in treatment in a cardiac reference centre in Barbalha-CE were interviewed and observed from April to May, 2005. The collected data were organized and presented in three categories according to the most representative expressions of the subjects of the researches' content. Then, the reports were treated through discourse analysis. The results showed the attachment and value devoted by the client to a care as a reflection of the art of caring that was observed in different moments of the research. Such fact demonstrates that relational elements, such as intentionality, humanity and watchfulness are conditioning factors that confer intense satisfaction to such clients.*

**KEYWORDS:** Patient satisfaction; Myocardial infarction; Nursing care.

*Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa que tuvo como objetivo conocer el nivel de satisfacción del cliente portador de infarto agudo de miocárdio sobre los cuidados de enfermería prestados. Para ello, fueron entrevistados y observados 10 clientes, internados en una unidad de referencia cardíaca del municipio de Barbalha-CE, durante los meses de abril y mayo de 2005. Los datos fueron organizados y presentados en tres categorías según las expresiones más representativas del contenido de las declaraciones de los sujetos de la investigación y tratados por medio del análisis del discurso. Los resultados desvelaron el apego y el valor dedicado por el cliente a un cuidado como reflejo del arte de cuidar, lo que fue observado en diferentes momentos de la pesquisa, demostrando que elementos relacionales, como la intencionalidad, la humanidad y el desvelo constituyen condicionantes que confieren intensa satisfacción a estos clientes.*

**PALABRAS CLAVE:** Satisfacción del paciente; Infarto del miocárdio; Atención de enfermería.

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão de curso intitulado: A percepção do cliente portador de infarto agudo do miocárdio acerca do cuidado de enfermagem prestado.

<sup>2</sup> Enfermeiro do Programa de Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte-CE-Brasil. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade da Universidade Regional do Cariri (URCA). Rua 1º de Maio, nº 178, Bairro Pio XII, Juazeiro do Norte – CE-Brasil, CEP: 63.020-090, e-mail: marc-o@ig.com.br, fone: (88) 3511 9917/ 8818-3836.

<sup>3</sup> Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Juazeiro do Norte-CE. Brasil. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>4</sup> Enfermeira do Centro de Diabetes e Hipertensão do Município de Barbalha-CE-Brasil. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Brasil.

## INTRODUÇÃO

Quando se compreende o “complexo” inerente ao ser humano, ou seja, suas relações, conexões e mecanismos, com o vasto número de possíveis fontes de doenças e de morte, parece incrível que a vida de tantos indivíduos dependa, em última análise, do bom estado de duas pequenas artérias: as coronárias direita e esquerda. Isso se deve ao fato de tais vasos sanguíneos serem os responsáveis pelo suprimento de nutrientes, como o oxigênio e outras substâncias essenciais, e também pela retirada de excretas, para o bom funcionamento das células cardíacas e, portanto, do coração como um todo.

A doença das artérias coronárias tornou-se uma das principais causas de mortalidade em países industrializados do mundo<sup>(1-2)</sup>, mesmo com todos os esforços preventivos e avanços nas técnicas e nos procedimentos de diagnóstico e tratamento empregados nos últimos anos.

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) refere-se ao processo pelo qual áreas do tecido miocárdico são destruídas de maneira permanente<sup>(3)</sup> por conta de uma diminuição do fluxo sanguíneo coronariano, o qual produz uma relação desproporcional entre a oferta de suprimentos, notadamente o oxigênio, e seu consumo pelo miocárdio, de modo a se configurar uma lesão irreversível, necrosante.

O IAM consiste em uma patologia incapacitante e limitadora, uma vez que repercute de forma negativa no padrão de vida do ser humano. O cliente enfartado tem toda sua dinâmica de viver alterada, assim como a compreensão de suas necessidades humanas básicas, ou seja, antes do infarto, a livre capacidade e a participação ativa e efetiva do indivíduo respondiam parcial ou totalmente às suas exigências naquele período. Contudo, após o infarto, tais qualidades tornam-se menos expressivas, exacerbando suas demandas neste novo momento de sua vida.

A independência, muitas vezes, dá lugar à dependência, e a atividade e a mobilidade tornam-se uma restrição. Desse modo, surge a necessidade de se implementar medidas mais eficazes de maneira a potencializar as respostas do indivíduo enfartado, a responder a seus anseios e privações, bem como a prevenir possíveis complicações.

Nesse sentido, um algo mais, capaz de incorporar e contemplar satisfatoriamente, em todos os aspectos, essas buscas torna-se uma premissa, uma necessidade, e o chamamos de exercício prático da arte de cuidar.

O processo de cuidar consiste no desenvolvimento de ações e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o paciente/cliente/ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidades humanas<sup>(4)</sup>.

Concebendo o cuidar sob uma ótica humanizadora, revela-se ser ele mais que um ato: uma atitude<sup>(5)</sup>. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Significa uma atitude intencional de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Nesse contexto, a enfermagem como profissão que tem a expressão singela do cuidar como essência assume e exerce o papel de cuidador. Sendo assim, como fonte de cuidados, cabe a ela uma verdadeira atitude que responda, em sua plenitude, às necessidades humanas básicas do cliente enfartado, com o intuito de proporcionar-lhe bem-estar e melhor qualidade de vida.

Contudo, nos mais diversos ambientes, principalmente no hospitalar, em que as necessidades se afloram, por causa da fragilidade provocada pelo processo patológico, pela hospitalização e pela distância do meio natural (casa) e do convívio com os familiares, observa-se que esse atributo e fundamento da enfermagem, muitas vezes, encontram-se dissuadidos, pois o que é executado não condiz com os pressupostos teóricos sobre a prática da arte de cuidar.

O entendimento do cuidar como algo que tem implicações que exigem preparo técnico e interativo, estabelecimento de atitudes positivas de afeto e solicitude, compreensão, empatia, aceitação e adoção de uma postura de flexibilidade que permita reconhecer o outro como totalidade única<sup>(6)</sup>, isto é, que remete à atenção holística, tem sido distorcido em favor de uma prática que explora e maximiza o componente meramente tecnicista de tal ação.

Paralelo a essa questão, soma-se a influência do lócus e de seus componentes devido a este lugar e aos

recursos humanos que o constituem serem desconhecidos para a maioria dos clientes. Dessa forma, um meio estressante e especializado como a enfermagem e a UTI cardiológica, caracterizada por uma incidência e prevalência de mortes superiores aos demais setores hospitalares e onde o conceito de vida e morte se interpenetram, constitui uma sobrecarga ainda maior sobre as demandas do cliente enfartado.

Assim, a satisfação das necessidades humanas básicas do cliente, essencialmente a do enfartado, encontra-se ameaçada, bem como a participação e colaboração dele em seu processo de reabilitação e cura, o que contribui de forma negativa sobre os determinantes da vida e da morte.

O nível de satisfação, à luz de nossa ótica de pensamento, parece estar relacionado à contemplação ou não de nosso plano de expectativas mais íntimo, de maneira a constituir um elemento bastante forte de mobilização e recanalização expressiva de sentimentos e sensações inerentes à nossa subjetividade.

Para alguns estudiosos, o nível de satisfação remete ao grau, coeficiente ou estado de prazer, contentamento, explicação ou desculpa do ser humano em relação a algum panorama ou situação em que esteja inserido<sup>(7)</sup>, como o universo que envolve a prestação dos cuidados de enfermagem.

Esta conjuntura, por ser *a priori*, inerente à arte de cuidar e, desse modo, complexa, envolve uma gama de fatores, cenários, interações, concepções, significados, percepções e fazeres os quais influenciam, em última análise, o relacionamento entre o ser-cuidador e o ser-cuidado, durante o desenvolvimento do cuidado, determinando o nível de satisfação do cliente perante esta prática.

Em um estudo a respeito das perspectivas e dos sentimentos revelados por clientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), os autores constataram diversas causas de satisfação, tais como: o alívio da dor, a assistência oferecida pela equipe de saúde, a alimentação e os medicamentos recebidos, ou seja, o plano terapêutico utilizado durante os cuidados ao cliente, tanto o medicamentoso quanto o profissional, despertaram sensações e sentimentos de satisfação em grande parte dos clientes pesquisados<sup>(8)</sup>.

Portanto, ao buscar conhecer o nível de satisfação do cliente portador de IAM acerca do cuidado de enfermagem prestado, este estudo torna-se relevante, uma vez que possibilita uma melhor compreensão da inserção, do caminho e da trajetória que o exercício prático como manifestação da arte de cuidar vem percorrendo, no sentido de atender o ser-cliente em suas inúmeras interfaces subjetivas (sensações e expectativas), ou seja, na satisfação de suas necessidades humanas básicas. Assim, esta pesquisa constitui uma ferramenta reflexiva e contributiva, traduzindo o que somos, como somos e como devemos agir na função de cuidadores realmente comprometidos com a enfermagem.

## METODOLOGIA

Para a concretização da pesquisa, foi implementado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa com clientes portadores de infarto agudo do miocárdio que estavam hospitalizados em uma unidade de saúde de referência cardíaca do município de Barbalha-CE-Brasil, entre abril e maio de 2005.

Nesse sentido, foi empregado o seguinte processo para a coleta de dados: o investigador encaminhava-se diariamente à instituição (exceto fins de semana), onde, conforme consulta dos registros nos prontuários, procedia à confirmação ou não do diagnóstico de IAM. Ao ratificar a informação, o pesquisador dirigia-se ao cliente, instituiu uma dinâmica de apresentação e efetuava uma avaliação de suas condições clínicas e emocionais, para constatar se este estava apto a integrar a investigação. Para “aqueles [...] com boas condições [...] eram explicados a natureza e os objetivos da pesquisa”<sup>(9:35)</sup>.

Àqueles que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa foram solicitadas a concessão para a gravação de seus depoimentos e a assinatura do termo de consentimento livre e informado, registrado em ofício.

Nesse processo, dez clientes foram entrevistados e observados segundo os princípios da entrevista semi-estruturada, da observação simples e da amostragem não-probabilística intencional. Destacamos, ainda, que os sujeitos atenderam a todos os critérios de inclusão

e que o número de entrevistados foi delimitado após se ter observado a saturação do conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa, conforme os preceitos da abordagem qualitativa.

Em seguida, os dados coletados foram organizados por meio da análise do discurso<sup>(10)</sup> e apresentados de acordo com as expressões mais representativas do conteúdo dos discursos dos sujeitos da pesquisa em três categorias: a dimensão afetiva/expressiva, a condição de saúde e o relacionamento terapêutico, as quais foram analisadas à luz da literatura referente à temática, sobretudo, mediante contribuições teóricas<sup>(5, 11-13)</sup>.

Por fim, enfatizamos que o presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital do Coração do Cariri, em Barbalha-CE (ANEXO A), com o propósito de atender aos aspectos descritos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde<sup>(14)</sup>, que regulamenta a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O exercício do cuidado de enfermagem realizado sob fundamentos relacionais, os quais se refletem em uma prática holística que resgata o ser humano como sujeito e cidadão, parece atender ao cliente com relação à satisfação de suas necessidades humanas básicas. Dessa maneira, o cuidado não depende de tratamento, mas de abrir um espaço para ouvir a pessoa como um ser humano complexo, pois abrange uma multidimensionalidade de fatores<sup>(15)</sup>, de modo a influenciar positivamente a percepção que o cliente possui sobre os cuidados de enfermagem, como é demonstrado nas categorias a seguir:

### Dimensão Afetiva/Expressiva

A vida revela o encanto da existência. É nela que se afirma e se manifesta a perspectiva complexa e relacional do indivíduo, introjetando-o em um universo rico, plural, multifacetado e, especialmente, subjetivo, o qual constitui um estímulo despertador para novas dimensões, constru-

ções, concepções e percepções inerentes ao individual, ao coletivo e ao mundo em que nos contextualizamos.

Essa subjetividade marca o reconhecimento do ser humano como humano, ou seja, dotado de sensibilidade, afetividade, solidariedade, cordialidade e conectado com tudo e com todos no ambiente da vida<sup>(5)</sup>. Simultaneamente, essa descoberta conduz a um estado de ajustamento interior caracterizado por uma necessidade constante de tais elementos para o provimento, ou mesmo o restabelecimento das condições psicossocioemocionais que as inúmeras situações do dia-a-dia requerem e exigem; entre elas, o processo saúde-adoecimento e, mais precisamente, o contexto que envolve o relacionamento entre o ser-cuidador e o ser-cliente enfiado como cenário de manifestação dos cuidados de enfermagem.

Em tal conjuntura, o exercício prático do cuidar, como expressão afetiva/expressiva, potencializa o indivíduo como ser relacional, social e holístico, ou melhor, como um ser-no-mundo, único e especial, constituindo, *a priori*, um instrumento contemplativo, alimentador e libertador, uma vez que possibilita a transcendência do ser humano, ou seja, a superação de inúmeros cenários que se opõem a sua satisfação como sujeito de sua história e de suas transformações.

Nesse sentido, a dimensão afetiva/expressiva do cuidado consiste em um elemento essencial para a satisfação do cliente enfiado, como se verifica nestes depoimentos: *Eu estou muito satisfeita com a enfermagem aqui. Porque ela trata muito bem. Tratar bem é respeitar, é considerar, é tudo de bom (D1). Com os enfermeiros aqui, eu estou muito satisfeita com o que eles fazem comigo. Porque eu estou "mais melhor", eles tratam muito bem a gente, muito mesmo. Tratar bem é ser distinto, educado, caridoso (D4). Muito satisfeita com o que eles fazem por mim. Porque fui muito bem atendida, sem aborrecimento, todo mundo "são" legal, alegre, sabe respeitar (D7). Estou muito satisfeita aqui. Porque as meninas cuidam muito bem de nós. ... é um pessoal "tudo jóia", jóia mesmo, eu não tenho o que dizer "deles" não. Porque cuida do pessoal bem, olha "pro pessoal", tem dó do povo que "são" pobre, por isso eu gosto de todo mundo aqui (D6).*

Nesses relatos, pode-se observar como o respeito, a consideração, a prestatividade, a solidariedade, o desvelo, a atenção, a distinção, a educação, a caridade, a delicadeza, a bondade, a alegria, o zelo e o carinho são percebidos, incorporados e reconhecidos pelos clientes, o que nos permite inferir que esse saber-fazer cuidar como prática de enfermagem, neste serviço, é uma realidade concreta, auxiliando no desenvolvimento do processo empático e no restabelecimento das condições de saúde e bem-estar dos clientes.

Sobre esse assunto, alguns autores discorrem que a expressão de sentimentos de satisfação por parte dos clientes possibilita supor que tais sentimentos sejam diretamente proporcionais à assistência prestada pela equipe de enfermagem, configurando fator importante para a ausência de momentos críticos, revelando que há um trabalho assistencial, além da terapêutica medicamentosa, favorecendo a manifestação de sentimentos positivos por parte dos sujeitos da pesquisa<sup>(8)</sup>.

Assim, esse saber-fazer cuidar, quando provido de afetividade e intencionalidade, resgata o papel e o valor humano do ser-cliente e o introduz em um contexto de relações entre iguais, o qual conduz a um fenômeno de troca que, muitas vezes, satisfaz mutuamente os sujeitos desse enlace terapêutico.

Desse modo, a afetividade do cuidado demanda solidariedade, a qual é considerada como uma forma de compromisso, de desvelo e de dedicação de um ser para com o próximo<sup>(11)</sup>. Ela é sempre acompanhada de demonstração de afeto e requer disponibilidade, espontaneidade e empenho. Provoca no outro a sensação de segurança e companhia, o que minimiza a sensação de abandono característico de um ambiente estranho, como uma enfermaria ou uma UTI cardiológica.

Esse contexto é importante, uma vez que possibilita uma percepção, ou mesmo uma apreensão mais consistente e ativa do cuidado de enfermagem como exercício fundamental e de valor que é incorporada pelo sentimento de reconhecimento exteriorizado no discurso a seguir: *Estou muito satisfeito. Porque o atendimento é bom, graças a Deus, vocês “tem” capacidade de tratar até governador ... Aí o “caba” “num”*

*vai dá valor a uma coisa dessa, porque que “num” dá, “né”? Se fosse ruim o “caba” “num” dizia que é bom, não. Aqui o atendimento é bom, as enfermeiras são boas, tudo de vocês é bom, graças a Deus, “num” achei cara feia até agora comigo não. O atendimento aqui é bom, bom demais como nunca vi (D5).*

Nessa fala, D5 parece denotar toda sua satisfação em meio à focalização do componente afetivo/expressivo evidenciado pelo caráter positivo com o qual é descrito o atendimento e a assistência de enfermagem, bem como pela ausência de expressões e de gestos negativos que poderiam interferir ou prejudicar o relacionamento empático e a concepção sobre os cuidados de enfermagem.

Dessa maneira, esse caso revela a importância perceptiva introjetada por D5 em relação à dimensão afetiva/expressiva, a ponto de ele qualificar e reconhecer a enfermagem como prática e profissão. Tais fatos são relevantes, pois o cliente relata que uma assistência de enfermagem como a dada a ele, nunca tivera visto, o que nos permite sugerir que a experiência subjetiva prévia desse sujeito com os cuidados de enfermagem provavelmente não tenha proporcionado a ele tamanha satisfação diante deste momento de sua vida.

Portanto, a dimensão afetiva/expressiva que o cuidado propicia configura-se como um guia assistencial, mas, sobretudo, como uma oportunidade relacional de se contemplar, perceber e compreender o ser humano em sua dignidade e totalidade única, ou seja, na satisfação de suas necessidades humanas básicas.

### Condição de Saúde

A saúde é um bem inquestionável. Ela reflete um processo dinâmico que se exterioriza por meio da peleja ininterrupta do indivíduo durante o enfrentamento de seus problemas, quer sejam esses biológicos, sociais, psicoemocionais, culturais, entre outros, tendo em vista algo muito além da busca contínua de soluções para ele, e sim, um estado contextual de realização pessoal que remeta à satisfação do ser para com seu nível de bem-estar, ou melhor, para com o universo em que está inserido.

Nesse sentido, a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de uma doença ou enfermidade postulada pela Organização Mundial de Saúde<sup>(16)</sup>, constitui um avanço, pois enfatiza o ser humano em sua totalidade única. No entanto, revela um modo de pensar que concebe a saúde ainda de forma estática, inflexível e limitada, ou seja, descontextualizada de seu processo de ser inerente à existência humana, o que implica em uma definição que dirige nossa percepção para o “estar saudável” ou o “estar doente” de maneira independente, como se ambos não fizessem parte de uma relação de coexistência mútua.

Dessa forma, entendemos a condição de saúde como um processo, um contínuo que se manifesta em um ser contextual, o qual é dotado de subjetividade, limitações, potencialidades e capacidades, ou melhor, de um modo-de-ser que o dirige em seu saber-pensar refletir acerca do universo que o entorna. Assim, a existência de saúde consiste em uma imagem da complexidade humana, refletindo como produto dessa unicidade as expectativas e satisfações do “ser” para consigo e para com o outro (entre eles, o ser-cuidador) numa relação finita que se edifica ao longo de um cenário que não se esgota: a vida.

Essas colocações tornam-se relevantes ao verificarmos nas falas a seguir a influência do componente subjetivo que envolve o cuidado de enfermagem, e, sobretudo, a incorporação e percepção do restabelecimento das condições de saúde e de bem-estar como elemento fundamental para a satisfação do cliente enfartado perante o cuidado prestado pela equipe de enfermagem. *Muito satisfeito. Ah, porque me atenderam bem. Atender bem é o “caba” ter boa vontade e recuperar a pessoa. ... pra mim a equipe de enfermagem “ta” boa, eles são “boa pessoa”. Por que atende bem a gente, com boa vontade (D10). ... eu não tenho nem o que falar, eu só tenho a agradecer mesmo. Eu “tô” felicíssimo, é tanto que eu vim de lá passando mal, cheguei aqui, graças a Deus não “tô” sentindo mais nada. Eu “to” mais do que satisfeito. Porque eu “to” me sentindo bem, com saúde, se Deus quiser vou sair logo daqui, espero, por causa do bom atendimento (D9).*

Nesses depoimentos, observamos que o sentimento de satisfação é permeado por uma série de fatores: pela introjeção de elementos afetivos/expressivos, como o interesse e o empenho; pelo ato de recuperar a saúde do cliente para um nível aceitável anterior; bem como pela condição atual de sentir-se bem, “com saúde”. Esses fatores são construídos durante a relação ser-cuidador/ser-cuidado como assistência de enfermagem.

Nesse sentido, esses relatos são importantes, pois não remetem apenas ao plano perceptivo dos clientes, foco da pesquisa acerca de sua satisfação, e sim oferecem uma perspectiva positiva da qualidade da assistência de enfermagem prestada pela unidade de saúde pesquisada.

Assim, esse contexto permite inferir que a assistência de enfermagem é um ponto essencial para a edificação da satisfação da clientela, haja vista que os vários níveis de saúde-doença são produtos, dentre outros, da relação interpessoal erigida entre os inúmeros seres envolvidos com o cuidado.

Portanto, a saúde constitui um reflexo da interatividade e da complexidade humana, de maneira a permear/influenciar a concepção e a visão que o ser humano introjeta a respeito de si e do mundo (prestação de cuidados de enfermagem), incutindo-lhe sensações e sentimentos que, muitas vezes, reiteram suas expectativas, que lhe despertam, ou mesmo provocam satisfação.

### **Relacionamento Terapêutico**

O cuidado de enfermagem como expressão da arte de cuidar revela a construção e a incorporação do elemento relacional o qual confere a essa arte toda uma particularidade, todo um significado que se desvela por meio da contribuição à edificação do indivíduo como subjetividade humana, isto é, reconhecendo-o em seu modo-de-ser singular e em sua totalidade única, de modo a resgatá-lo em sua condição de sujeito, ajudando-o a enfrentar os problemas e as necessidades impostas diante do adoecimento.

Nesse contexto, este saber-fazer relacional constitui um recurso, ou melhor, uma ponte de atração mútua que possibilita e norteia o singelo, rico e profundo ato de se

encontrar que é expresso pela manifestação concreta de ajuda que se fomenta durante o relacionamento assistencial entre o ser-cuidador e o ser-cuidado.

O relacionamento terapêutico consiste em um processo de comprometimento e de troca de saberes, já que alia objetivos e metas que devem ser alcançados e trabalhados em conjunto, ressaltando ser o enfermeiro o responsável por ajudar o cliente a encontrar a própria cura<sup>(12-13)</sup>.

Assim, a relação interpessoal terapêutica é um instrumento precioso que a equipe de enfermagem pode e deve buscar ao longo de seu exercício, de maneira a qualificar ainda mais sua prática e sua profissão como arte e excelência do cuidar, bem como a introjetar no cliente “ser-cuidado” o sentimento de acolhida, atenção, desvelo e compreensão, ou seja, de real interesse em ajudá-lo, o qual é fundamental e decisivo para sua satisfação como ser humano, ou seja, em sua subjetividade, totalidade e dignidade humana.

Portanto, esse cenário torna-se uma realidade ao constataremos a influência e a percepção da subjetividade ancorada no elemento relacional como fator preponderante para o desenvolvimento de um relacionamento mútuo, que alimenta, enrijece e satisfaz os sujeitos dessa conquista como ser-cuidador e ser-cuidado, conforme o depoimento descrito a seguir. *Bom, eu até agora, graças a Deus estou muito satisfeita com o atendimento. Porque ... as meninas [equipe de enfermagem] são maravilhosas, as meninas são especiais. ... elas tratam bem a gente, “né”. Eu sei que eu gostei, não sei se é porque também sou legal, por que também chamo de minhas lindas, minhas queridas, maravilhosas, a gente quando é paciente também tem que tratar bem as pessoas que “cuida” da gente, por que se nós não tratamos bem os nossos enfermeiros, como é que eles vão nos tratar, “né”, então ali eles já ficam abusados com a gente só “da” gente “tratar mal eles” (D2).*

Nesse discurso, verificamos que D2 ressalta a atitude afetiva/expressiva da equipe de enfermagem como uma resposta edificada por intermédio de uma proposta, ou melhor, de um estímulo anterior produzido e transmitido

por ela ao remeter à identificação dos componentes da re-ferida equipe de maneira afetiva/qualificativa.

Nesse sentido, ela coloca (ou sugere) que a interatividade e a afetividade emanadas durante o relacionamento assistencial teriam um novo eixo, caracterizado pelo deslocamento do agir como ser-cuidador para o atuar como ser-cuidado, sem, no entanto, haver uma inversão de papéis. Assim, segundo essa prerrogativa, o ser-cuidador continuaria exercendo seu papel de facilitador e promotor do cliente como sujeito e subjetividade humana, contudo remetendo ao ser-cuidado o papel de buscar tal interação, isto é, caberia a este reconhecer e procurar a ajuda de que necessita.

Não obstante, o mesmo relato nos dirige a determinado questionamento. O que conduziu esta cliente a se posicionar dessa forma? A essa indagação acreditamos que a resposta esteja na própria existência humana, pois o ser humano é alguém de relações ilimitadas e até imperceptíveis, nas quais o “eu” somente se revela mediante a interação com o “tu”, de maneira que o “tu” possui uma anterioridade sobre o “eu”, ou seja, o “tu é parceiro do eu” (5:139). Desse modo, é possível que D2 tenha percebido o cuidado de enfermagem como prática complexa, conforme ela mesma refere em seu discurso ao afirmar que a equipe de enfermagem é maravilhosa, especial e que lhe devota um bom tratamento. Contudo, parece não reconhecê-lo como fundamento inicial para o desenvolvimento do relacionamento empático e terapêutico que se instalou posteriormente.

Tal fato é relevante, visto que esse não reconhecimento, a priori, poderia dificultar o estabelecimento de um cenário interativo, terapêutico, o que, todavia, não se processou, havendo, sim, uma potencialização desse cenário, a ponto de despertar a satisfação de D2.

Dessa forma, depreendemos que o ato de se relacionar vai muito além da concepção sobre a existência ou não de interações humanas. Ele se encontra no desvendar de percepções e compreensões que nós, seres cuidadores e cuidados, construímos ao longo de nossa experiência de vida e que partilhamos durante o fenômeno que envolve o momento interpessoal.

Tal ato de se relacionar se edifica a partir do instante em que, como seres cuidadores, introjetamos nossa

atenção ao que nosso corpo está pronunciando, a como estamos nos expressando e, principalmente, quando reconhecemos e atendemos o indivíduo em sua inteireza humana<sup>(17)</sup>, isto é, quando sentamos a sua frente, olhamos em seus olhos, o ouvimos com interesse e dedicação, o tocamos com afeto e intencionalidade, ou melhor, quando resgatamos seu valor e sua dignidade humana.

Assim, um relacionamento implica em “mudanças e transformações que, embora nem sempre ocorram sob nossos olhos, podem decorrer de nossa contribuição, como estimular sua continuidade, reforçar seu andamento ou, simplesmente, impedir que a pessoa caminhe nessa direção”<sup>(17:28)</sup>.

Portanto, o relacionamento assistencial é muito mais que um simples agir, é uma postura ética em relação ao outro. Significa convivência e comunhão, ao passo que estabelecemos, mutuamente, vínculos de inúmeras naturezas, com o intuito de nos satisfazer ao longo de nosso caminho e, sobretudo, de nos promover como “seres humanos” dotados de capacidade, subjetividade, uma história, uma vida com começo, meio e fim.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, podemos verificar uma clara exteriorização de elementos relacionais/subjetivos os quais confluíram em torno da dimensão afetiva/expressiva, da condição de saúde e do relacionamento assistencial, como elementos condicionantes de uma satisfação do cliente enfartado em relação aos cuidados de enfermagem.

Essa constatação revela o apego e o valor devotado pelo ser-cliente a um cuidado fundamentado na arte de cuidar, cuidado esse dotado de humanidade, interatividade e intencionalidade para com o outro, independentemente de suas condições de saúde, fato observado em diversos momentos da pesquisa.

Nesse sentido, a concepção de enfermagem como arte, ciência e profissão do cuidar é, muitas vezes, incorporada pelos promotores de tal relação de maneira a se compreender o indivíduo a sua volta como um “ser” inscrito num universo relacional que lhe floresce a subjetividade, que lhe realça a capacidade, que lhe confere totali-

dade, que lhe faz único, ou melhor, que o torna humano em sua condição existencial.

Por fim, acreditamos que esse pensamento conduza com certa propriedade as ações da equipe de enfermagem do hospital em questão ao longo de seu exercício, bem como as de equipes de enfermagem pertencentes a outras instituições, que emanam a arte do cuidar, incutindo na população o sentimento consistente e positivo de satisfação perante os cuidados que lhes são conferidos.

## REFERÊNCIAS

1. Teixeira MH, Veiga GV, Sichieri R. Avaliação de um questionário simplificado de frequência de consumo alimentar como preditor de hipercolesterolemia em adolescentes. São Paulo (SP): Arq Bras Cardiol 2207; 88 (1): 66-71.
2. Wainstein R, Furtado MV, Polanczyk CA. Trombólise pré-hospitalar no infarto agudo do miocárdio: uma alternativa factível para o Brasil? São Paulo (SP): Arq Bras Cardiol 2008; 90 (2): 77-9.
3. Sarmento-Leite R, Krepsky AM, Gottschall CAM. Infarto agudo do miocárdio: um século de história. São Paulo (SP): Arq Bras Cardiol 2001; 77 (6): 593-601.
4. Waldow VR. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? Porto Alegre (RS): Rev Gaúcha Enferm 1998; 19 (1): 20-32.
5. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.
6. Humerez DC. Considerações éticas gerais para o cuidado de enfermagem do paciente na clínica. In: Barros ALBL et al. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre (RS): Artmed, 2002. cap. 03, p. 51-55.
7. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. Rio de Janeiro (RJ): História, Ciências, Saúde – Manuais, 9(2): 315-33, 2002.
8. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. Barueri (SP): Nursing 2003; 57(6): 12-7.



9. Oliveira KCS. Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto - SP. [dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental]. Ribeirão Preto (SP): Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004. 100 f.
10. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Florianópolis (SC): Texto Contexto Enferm 2006; 15(4): 679-84.
11. Silva AL. Cuidado como momento de encontro e troca. In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem: cuidar – ação terapêutica de enfermagem. Salvador, 1998. Anais do 50º congresso brasileiro de enfermagem: cuidar – ação terapêutica de enfermagem. Salvador (BA): ABEn-Seção Bahia, 1999. p. 74-79.
12. Oliveira MMC, Almeida CB, Araújo TL, Galvão MTG. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. São Paulo (SP): Rev Esc Enferm USP 2005; 39(4): 430-6.
13. Waidman MAP, Elsen I, Marcon SS. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. Goiânia (GO): Rev Eletrônica de Enferm 2006; 8(2): 282-91.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.
15. Barros EJJ, Santos SSC, Erdmann AL. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da complexidade. Fortaleza (CE): Rev Rene 2008 abril/junho; 9(2): 28-37.
16. Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). Genebra: OMS, 1948. Disponível em [http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto\\_2.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Oms/texto/texto_2.html). Acesso em 05/08/08.
17. Assunção NA, Paz I, Hermes CA. A visão dos enfermeiros de um hospital geral acerca da comunicação na relação interpessoal terapêutica. Curitiba (PR): Rev Téc-cient Enferm 2004; 7(2): 27-32.

**RECEBIDO:** 24/06/2008

**ACEITO:** 18/02/2009