escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE

EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Vivências dos Doentes e Familiares
após Enfarte Agudo do Miocárdio

Maria Filomena dos Santos Mendes

Coimbra, dezembro de 2017

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Vivências dos Doentes e Familiares após Enfarte Agudo do Miocárdio

Maria Filomena dos Santos Mendes

Orientador: Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, Professor Adjunto,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, dezembro

“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafios”.

Martin Luther King

A ti **Leonor** que nasceste cedo demais,
que iluminas os meus dias,
e preenches a minha vida.

A ti **Marco,**
pelo amor que me dás,
e por não me teres deixado desistir.

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador deste trabalho, Professor Doutor Paulo Alexandre Ferreira, pela disponibilidade demonstrada e por todos os momentos de orientação ao longo da elaboração deste trabalho.

Um agradecimento aos participantes deste estudo, doentes e familiares, pois sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Queria agradecer à Leonor, minha filha, que com o seu nascimento prematuro contribuiu para que este percurso fosse mais longo, mas contribuiu principalmente para enriquecer a minha vida e para que contemplasse o mundo com outros olhos.

Um agradecimento especial ao Marco, meu marido, presença constante, que me apoia em todos os momentos e decisões, mas em especial nesta minha caminhada, convencendo-me a prosseguir até à sua conclusão.

Aos meus pais, pelo apoio e ajuda nos momentos difíceis, obrigada por estarem sempre presentes.

SIGLAS

AI – Angina Instável

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CK-MB – Creatinoquinase fração miocárdica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCSST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do segmento ST

EAMSSST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do segmento ST

ECG – Eletrocardiograma

ESC – European Society of Cardiology

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

SCA – Síndrome Coronária Aguda

SCA's – Síndromes Coronárias Agudas

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

RESUMO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma doença que ocorre frequentemente de forma súbita e grave, com necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Apesar de os tratamentos serem cada vez mais eficazes, evitando a morte, urge cada vez mais dar resposta a um conjunto mais vasto de necessidades que favoreçam a adaptação do doente à sua nova situação de saúde. Verifica-se ainda que a família continua a ser algo negligenciada neste processo de transição. Alguns estudos têm analisado as suas vivências, mas nenhum estudo analisou ainda as vivências de doentes e familiares de forma conjunta.

O objetivo deste estudo foi compreender as vivências dos doentes com EAM e dos seus familiares relativamente à doença, ao internamento numa UCIC e ao regresso a casa.

Delineou-se uma pesquisa qualitativa, com recolha de informação através de entrevistas semiestruturadas, realizada a doentes com EAM internados pela primeira vez na UCIC e a seus familiares (diretos ou de aproximação), selecionados por amostragem intencional e entrevistados, no mínimo, três meses após o regresso a casa. Para a análise de dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial (Bardin, 2007).

Participaram 6 doentes e 6 familiares, com igual distribuição em termos de género. Emergiram duas categorias principais de vivências: referentes ao período durante a hospitalização e após a mesma. Durante a hospitalização, salientaram-se como subcategorias: a "Perceção da doença", com uma sensação de morte eminente, dada a elevada intensidade da dor, que surgiu de forma inesperada, mas evoluiu favoravelmente; a "Perceção da UCI", com sentimentos duais de medo e segurança, momentos em que se elevou a importância dos enfermeiros no acompanhamento e educação prestada e onde foi sentida a necessidade de mais tempo de visita; os "Sentimentos", vividos de forma similar por doentes e familiares, destacando-se o medo da morte, ou a angústia, mas também a felicidade por ver o familiar. Após o internamento, as vivências continuam a ser marcadas pelo alívio pelo desfecho positivo ainda que contrabalançado pelo medo de uma recidiva. Relevantes foram sobretudo as "Mudanças no estilo de vida", nomeadamente as alterações dos hábitos alimentares, tabágicos, de exercício físico e de adesão terapêutica. As relações familiares saíram também reforçadas.

Deste estudo ressalvou-se, em síntese, que doentes com EAM e seus familiares vivem um processo de transição similar, quer em termos de intensidade, quer em termos de repercussões. Naturalmente que existem diferenças, desde logo o tipo de dor sentida, mas são mais as semelhanças do que as diferenças. Os enfermeiros foram referidos como muito importantes em todo o processo, tanto por proporcionarem um sentimento de segurança como por prepararem o regresso a casa e a uma nova vida, com novos hábitos.

Palavras-Chave: Transição, Enfarte Agudo do Miocárdio, Família, Vivências; Regresso a Casa

ABSTRACT

Acute Myocardial Infarction (AMI) is a disease that occurs frequently suddenly and severely, requiring hospitalization in a coronary intensive care unit (CICU). Although treatments are increasingly effective, avoiding death, it is increasingly urgent to respond to a broader set of needs that favor the patient's adaptation to his or her new health situation. It is also verified that the family continues to be neglected in this transition process. Some studies have analyzed their experiences, but no study has analyzed the experiences of patients and their families together.

The purpose of this study was to understand the experiences of patients with AMI and their relatives regarding the disease, the hospitalization in an ICU, and the hospital discharge.

We then delineated a qualitative research, with information collection through semi-structured interviews, carried out for patients with AMI hospitalized for the first time in the CICU and their relatives (direct or approach), selected by intentional sampling and interviewed at least three months after returning home. For data analysis we used the content analysis technique, in its thematic and frequency type (Bardin, 2007).

Participants included 6 patients and 6 family members, with equal gender distribution. There emerged two main categories of experiences: referring to the period during and after hospitalization. During hospitalization, highlighted subcategories were: the "Perception of the disease", with an imminent death sensation, given the high intensity of pain, which emerged unexpectedly but evolved favorably; the "Perception of the ICU", with dual feelings of fear and security, moments in which the importance of the nurses was highlighted due to the accompaniment and education provided and where the need for more time of visitation was felt; the "Feelings", experienced similarly by patients and relatives, highlighting the fear of death, or anguish, but also happiness to see the familiar. After hospitalization, the experiences continue to be marked by the relief due to the positive outcome, although counterbalanced by fear of recurrence. Most relevant were "Changes in lifestyle", namely changes in eating and smoking habits, physical exercise and therapeutic adherence. Family relations were also strengthened.

In summary, this study exalted the fact that patients with AMI and their families have a similar transition process, both in terms of intensity and in terms of repercussions. Of course there are differences, namely the type of pain felt, but more are the similarities than the differences. Nurses were referred to as very important throughout the process, both because they provide a sense of security and because they prepare patients and families to return home and to a new life with new habits.

Keywords: Transition, Acute Myocardial Infarction, Family, Lived experiences; Hospital discharge

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Padrão evolutivo de supradesnivelamento do segmento ST no EAM.... 32

Figura 2 - Possibilidades terapêuticas de reperfusão do miocárdio…....……... 36

Figura 3 - Transições de vida: Teoria de médio alcance de Afaf Meleis…….. 56

Figura 4 - Percurso da Investigação……..…….…..……. 76

Figura 5 - Representação esquemática do fenómeno "Vivências dos doentes e familiares após Enfarte Agudo do Miocárdio" 80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos Participantes…… 66

Quadro 2 - Resumo da Categorização do Fenómeno..... 94

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25

1 – SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS 27

1.1 – ANGINA INSTÁVEL 28

1.2 – ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO 29

1.3 – DIAGNÓSTICO DAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS 30

1.4 – TRATAMENTO 33

2 – A FAMÍLIA 39

2.1 – CONCEITO DE FAMÍLIA 39

2.2 – A FAMÍLIA NA DOENÇA 43

3 – A HOSPITALIZAÇÃO 47

3.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS 47

3.2 – O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NO DOENTE E FAMÍLIA 50

3.3 – O ENFERMEIRO NA HOSPITALIZAÇÃO: PREPARAÇÃO PARA A ALTA 53

4 – TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA 55

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 59

1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS 611

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS 63

2.1 – MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO 63

2.2 – PARTICIPANTES 64

2.2.1 – Características dos Participantes 65

2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO 67

2.4 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 69

2.5 – ANÁLISE DOS DADOS.....72

PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 77

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 79

1.1 – VIVÊNCIAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....80

1.1.1 – Perceção da Doença.....80

1.1.2 – Perceção da Unidade de Cuidados Intensivos 82

1.1.3 – Sentimentos 85

1.2 – VIVÊNCIAS APÓS A HOSPITALIZAÇÃO 88

1.2.1 – Sentimentos 88

1.2.2 – Mudanças no Estilo de Vida.....89

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....97

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....107

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista para os doentes

APÊNDICE II – Guião de Entrevista para os familiares

APÊNDICE III – Pedido do Consentimento Informado para realização de entrevista

APÊNDICE IV – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares constituem atualmente um problema endémico, sendo das primeiras causas de morte e de doença em todo o mundo e apesar de corresponder a cerca de um terço das mortes ocorridas nos países desenvolvidos já não são exclusivas desses países (Direção-Geral da Saúde, 2014a).

Relativamente à população portuguesa, em 2012, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte, com 32.859 óbitos, que representam 30,4% da mortalidade. Dentro das doenças do aparelho circulatório as doenças que registaram maior importância foram as cerebrovasculares com 13.538 mortes no país e as relacionadas com a doença isquémica do coração que registaram 6.977 mortes e uma taxa bruta de mortalidade de 66,4 óbitos por 100.000 habitantes, incidindo maioritariamente nos homens (111 óbitos masculinos por cada 100 femininos) (Instituto Nacional de Estatística, 2014). Apesar de as doenças do aparelho circulatório se manterem como principal causa de morte (dados existentes até 2015), estas evidenciam uma redução progressiva do seu peso relativo nos últimos anos, tendo atingido em 2013 um marco significativo, ao verificar-se uma percentagem de 29,5%, pelo facto de ser inferior à meta de 30% estabelecida no Programa Nacional (Direção-Geral da Saúde, 2014a). Nesse ano de 2013 registaram-se 6.936 óbitos devido a doença isquémica do coração (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2007a) o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) apresentava-se como a terceira causa de mortalidade em Portugal no ano de 2004 (8,7%). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico publicou em 2012 o relatório sobre a saúde, onde apresentou os dados nacionais relativos ao ano de 2009, revelando uma taxa de mortalidade, por doença isquémica do coração e por 100.000 habitantes, de 29 na mulher e de 54 no homem (Direção-Geral da Saúde, 2014 a). Em 2012 o EAM foi a causa de 4,3% do total de mortes registadas no país, ou seja, 4.614 mortes (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

O EAM atinge o órgão do corpo humano que tem provavelmente o mais forte componente simbólico, o coração, considerado como o órgão mais valioso. A palavra coração deriva do grego *cardia* e do latim *cor,* que têm origem na palavra *kurd* do sânscrito cujo significado é saltar, e mesmo antes da descoberta da função de bomba impulsionadora do sangue, já o coração era considerado como o centro da vida, da

coragem e da razão (Prates, 2005). O coração surge com uma infinidade de significados, onde a unicidade corpo-espírito se encontra muito presente, assim, por um lado existe a faceta funcional, mecânica e racional ligada ao discurso científico, e por outro lado remete-nos para o campo espiritual dos sentimentos e das emoções (Nager, 1993 citado por Cainé, 2004).

Apesar do seu tamanho pequeno, o coração é uma poderosa bomba muscular desenvolvendo um trabalho impressionante durante a vida de um homem: contrai-se entre 60 a 100 vezes por minuto, 100 000 vezes por dia e uma média de 22500 biliões de vezes numa vida; bombeia cerca de 140 ml de sangue por contração, num total de 5 litros por minuto; tem ainda a capacidade de se adaptar de forma exímia às diferentes necessidades do indivíduo a cada segundo, como quando se passa do estado de repouso ao de exercício e vice-versa (Booth, Deitos & O'Brien, 2010).

Sendo o EAM uma doença que ocorre, a maior parte das vezes, de forma súbita e grave, tornando imprescindível a hospitalização do doente numa unidade de cuidados intensivos (UCI), mais especificamente, numa unidade de cuidados intensivos coronários (UCIC), sendo esta uma medida que desvia a pessoa do seu meio natural. Martire e Schulz como referido por Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) mencionam que são poucas as circunstâncias tão stressantes na vida de um indivíduo como o diagnóstico de uma doença crónica, tal como a doença coronária. Além da hospitalização, o doente passa também por um processo de incertezas e de adaptação a um estilo de vida novo, que visa principalmente a diminuição dos fatores de risco da doença.

No entanto, ser capaz de enfrentar este processo de mudança não é uma responsabilidade exclusiva do doente, a família também deve fazer parte deste processo de mudança, exigindo-se cada vez mais a sua intervenção ativa, constituindo-se deste modo um elemento fundamental na ajuda ao doente para ultrapassar e enfrentar as adaptações necessárias.

Assim, a vivência desta mudança leva a um período de instabilidade, tornando-se necessário uma adaptação para atingir um novo estado de equilíbrio, ou seja, está implícito a passagem de um estado de vida para outro, o que faz com que esta experiência, na perspetiva de Meleis (Meleis, 2000, 2007, 2010; Meleis & Trangenstein, 1994) e das suas colaboradoras, represente uma transição.

Ao longo da vida, a pessoa passa por inúmeras situações de transição, tais como as situações de saúde-doença, sendo estas um foco de atenção dos profissionais de enfermagem, assim, Meleis e Trangenstein definiram, em 1994, que a missão da

enfermagem consiste em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Para Alarcão (2001) um enfermeiro é um profissional do humano, “sendo a vida humana cheia de facetas imprevisíveis, ser profissional do humano é ser capaz de lidar com o imprevisível, sempre susceptível de emergir no seio das regularidades do dia-a-dia profissional” (p. 53). Como enfermeira a desempenhar funções numa UCIC, o nosso interesse não se centra apenas nos processos fisiopatológicos do EAM, mas também na forma como cada pessoa lida com a doença, como interpreta a experiência vivida e qual o significado que lhe atribui, numa tentativa de identificar as necessidades da pessoa e de adequar a prática profissional. Não menos importante, embora mais vezes esquecido, são os familiares do doente internado, que perspetivam a situação de forma diferente do doente, ainda que complementar (Cainé, 2004). De acordo com o nosso melhor conhecimento, este facto tem sido pouco estudado. Desta reflexão emergiu a questão “Como é que o EAM é vivenciado pelos doentes e família?”. De forma mais específica, para cada um dos elementos, delinearam-se ainda as seguintes questões: "Qual a perceção que os doentes têm sobre as vivências dos seus familiares relativas ao seu EAM" e "De que forma vivenciaram os familiares a hospitalização do seu familiar devido a um EAM bem como o regresso a casa?”.

Assim, perante a identificação do problema e definida a temática de interesse, pretende-se com este estudo conhecer e compreender como os doentes e seus familiares vivenciam o EAM, e assim poder identificar aspetos relevantes que possam ser integrados na melhoria da prática clínica dos enfermeiros, face ao doente internado na UCIC e seus familiares. Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos:

- Compreender as vivências dos doentes em relação ao EAM, ao internamento numa UCIC e às vivências dos seus familiares;
- Compreender as vivências dos doentes com EAM em relação ao regresso a casa;
- Compreender as vivências dos familiares dos doentes internados na UCIC em relação à doença do seu familiar e ao seu regresso a casa;

A realização deste trabalho de investigação, no contexto da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem também como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências em investigação por parte do autor.

Para a consecução dos objetivos propostos, a opção metodológica recaiu numa pesquisa qualitativa, sendo que a recolha de informação foi realizada através de entrevistas semiestruturadas realizada a 6 doentes (3 homens e 3 mulheres), internados pela primeira vez na UCIC, com diagnóstico clínico de EAM com supradesnivelamento do segmento ST, com capacidade cognitiva para participar, que o aceitassem após consentimento livre e esclarecido e, por fim, que tivessem um familiar que pudesse também participar. Participaram assim, também 6 familiares (3 homens e 3 mulheres) diretos ou de aproximação destes doentes, adultos, que os tivessem visitado frequentemente e que aceitassem participar. Recorremos assim a uma amostra intencional por casos tipo. Como instrumento de colheita de informação foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada. Para a análise de dados recorremos à técnica de análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial (Bardin, 2007).

Estruturalmente este relatório divide-se em três partes fundamentais. A primeira engloba o enquadramento teórico, onde se apresentam as áreas temáticas deste trabalho, começa-se por descrever as Síndromes Coronárias Agudas (SCA's) abordando o seu diagnóstico e tratamento, sendo em seguida desenvolvida a área temática da família, aborda-se também a hospitalização e o seu impacto no doente e família, bem como o enfermeiro na hospitalização: preparação da alta e por último a transição saúde-doença segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Na segunda parte, dedicada à investigação empírica, desenvolve-se a problemática em estudo, apresenta-se as questões de investigação e os objetivos, aborda-se o tipo de estudo efetuado, caracterizam-se os participantes e o instrumento de recolha de informação e faz-se referência ao processo de análise dos dados.

Na terceira e última parte do trabalho, faz-se a apresentação, análise dos resultados e a sua interpretação, sendo expostos de forma descritiva e esquemática.

As considerações finais vão encerrar este trabalho, sendo apresentadas as limitações do estudo em causa, assim como algumas reflexões pertinentes e sugestões para a prática.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

As SCA's são uma das principais causas de internamento hospitalar por doença coronária, sendo provavelmente a principal manifestação de doença a ser detetada por muitas pessoas e que as leva a procurar pela primeira vez cuidados médicos (Seabra-Gomes, 2009). Segundo dados apresentados por Aehlert (2007), aproximadamente 10% dos casos de EAM ocorrem em pessoas com idade inferior a 40 anos e 45% ocorrem em pessoas com menos de 65 anos de idade.

Ao longo dos últimos 50 anos, existem estudos de investigação e dados epidemiológicos que demonstraram a existência de uma forte associação entre os fatores de risco específicos e o desenvolvimento de doença coronária (Urden, Stacy & Lough, 2008).

Também o estudo INTERHEART, publicado há poucos anos, demonstrou que seis fatores de risco (hipertensão arterial, razão Apo A/B, tabagismo, razão cintura/anca, stress psicológico e dieta) explicam cerca de 83% a 89% dos casos de doença isquémica cardíaca, mas se a estes adicionarmos os restantes fatores de risco (diabetes, doença cardíaca, alcoolismo, sedentarismo) conseguem-se explicar 90% dos casos (Direção-Geral da Saúde, 2014a).

Assim, Gouveia (2004) divide os fatores de risco da doença coronária em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis estão relacionados com o estilo de vida da pessoa, podendo esta exercer controlo sobre eles, designadamente: a hipertensão arterial, a diabetes mellitus, a dislipidémia, a obesidade, o sedentarismo, os hábitos tabágicos e o stress. Os fatores de risco não modificáveis são aqueles sobre os quais o doente não tem controlo, tais como: a idade, o género, a etnia e a história familiar/genética.

Deste modo, a elevada prevalência dos fatores de risco das doenças coronárias obriga a que se tenha especial atenção à sua prevenção, deteção e correção, conduzindo assim à adoção de medidas que potenciem a sua redução, o seu rápido e adequado tratamento e a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua recorrência. É especificamente nesta área que surge a indispensabilidade das intervenções autónomas, parte integrante dos cuidados de enfermagem de qualidade. É na educação para a saúde ao doente e família que a atuação do enfermeiro se distingue, na medida que este possui habilidades comunicacionais e relacionais,

competências pedagógicas e um corpo de conhecimentos teórico-prático consistente, permitindo a criação de um meio adequado à adoção de estilos de vida saudáveis. Esta prática possibilita a prevenção da reincidência de novos episódios de SCA's, mas exige grande perícia por parte do enfermeiro no sentido de motivar o doente na alteração de comportamentos, processo extremamente complexo, uma vez que implica uma mudança, por vezes, radical, da sua vida pessoal, profissional e social.

Segundo a European Society of Cardiology (2011), as SCA's representam uma manifestação potencialmente fatal de aterosclerose acelerada por trombose aguda, induzida pela rutura ou erosão de uma placa aterosclerótica, com ou sem vasoconstrição concomitante, o que leva a uma redução súbita e crítica do fluxo sanguíneo. No complexo processo de rutura da placa, a inflamação revela-se como um elemento fisiopatológico chave. Existem casos raros em que as SCA's podem ter uma etiologia não aterosclerótica, tais como artrite, trauma, dissecção, tromboembolismo, anomalias congénitas, consumo abusivo de cocaína e complicações de cateterismo cardíaco (Bassand et al., 2007).

O principal sintoma das SCA's, que desencadeia o processo de diagnóstico e a decisão terapêutica, é a dor torácica, mas a classificação desta patologia é baseada no eletrocardiograma (ECG) (Bassand et al., 2007). O termo Síndrome Coronária Aguda (SCA) engloba a variedade de apresentações clínicas de doenças das artérias coronárias que são angina instável (AI), enfarte agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSSST) e o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCSST). De seguida apresentam-se estas entidades clínicas.

1.1 – ANGINA INSTÁVEL

A AI surge frequentemente em homens e mulheres entre os 60 e 80 anos de idade, que apresentam um ou mais fatores de risco para doença arterial coronária (Aehlert, 2007). É caracterizada pela presença de desconforto ou sensação de pressão na região anterior do tórax, irradiando frequentemente para ambos os membros superiores, região epigástrica e mandíbula (Aehlert, 2007; Urden et al., 2008). Este desconforto surge quando o músculo cardíaco não recebe oxigénio suficiente, devido à redução da sua irrigação sanguínea, causando assim isquémia do miocárdio. Ocorre devido à estimulação de terminações nervosas pelo ácido láctico e dióxido de carbono que se acumulam no tecido isquémico (Aehlert, 2007; Urden et al., 2008).

Os episódios de AI ocorrem normalmente na presença dos seguintes fatores: i) esforço físico, devido ao aumento da necessidade miocárdica de oxigénio; ii) exposição ao frio, devido à vasoconstrição com elevação da pressão arterial e aumento da necessidade de oxigénio; iii) ingestão de uma refeição abundante, devido ao aumento do fluxo sanguíneo para a região mesentérica e consequente redução do fluxo sanguíneo para o miocárdio; iv) stress ou situações que levam à libertação de adrenalina, pois provocam elevação da pressão arterial, aumentando o trabalho do miocárdio (Araújo & Marques, 2007).

Por isso, se a causa da isquémia que desencadeia a AI não for revertida e o fluxo sanguíneo restaurado para a zona miocárdica afetada, a isquémia pode levar à lesão celular e consequentemente ao enfarte (Aehlert, 2007).

1.2 – ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

Apesar do seu tamanho pequeno, o coração é uma poderosa bomba muscular desenvolvendo um trabalho impressionante durante a vida de um homem: contrai-se entre 60 a 100 vezes por minuto, 100.000 vezes por dia e uma média de 22.500 biliões de vezes numa vida; bombeia cerca de 140 ml de sangue por contração, num total de 5 litros por minuto (Booth et al., 2010). No entanto, o coração possui um sistema vascular próprio, constituído pelas artérias coronárias principais – a artéria coronária esquerda e a artéria coronária direita (Urden et al. 2008).

Deste modo, quando surge uma obstrução numa dessas artérias, existe uma redução do fluxo sanguíneo coronário, ocorrendo uma diminuição da irrigação do tecido miocárdico e em resultado a sua destruição, assim, estamos perante um enfarte do miocárdio (Araújo & Marques, 2007). Para Urden et al. (2008) o termo enfarte do miocárdio é definido como “necrose (morte celular) irreversível do miocárdio, que resulta de uma diminuição súbita ou mesmo da interrupção total do aporte sanguíneo a uma determinada área do miocárdio” (p. 443). A isquémia prolongada (15 a 20 minutos) conduz à lesão do miocárdio que se refere ao tecido privado de suprimento de sangue e oxigénio. A necrose ocorre quando o fluxo de sangue para o músculo cardíaco é interrompido ou diminui subitamente por tempo suficiente para provocar morte celular. A necrose total leva cerca de 4 a 6 horas a ocorrer (Aehlert, 2007; Sheehy, 2001; Urden et al., 2008).

Os principais sintomas e sinais associados ao EAM são: i) desconforto retroesternal, caracterizado pelo doente como uma sensação de opressão, peso, ardor, pressão ou dor retroesternal com mais de 30 minutos de duração; ii) desconforto em um ou ambos

os braços, pescoço, mandíbula, costas ou epigastro; iii) dispneia que pode ser isolada, preceder ou acompanhar o desconforto; iv) diaforese, náuseas e vómitos (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

Em relação à dor do EAM, geralmente apresenta as seguintes características: i) é raro ter uma causa desencadeante; ii) dura, quase sempre, mais de 30 minutos, mas pode prolongar-se por horas; iii) podem prevalecer outros sintomas (náuseas, vómitos, arritmias cardíacas, edema pulmonar, choque cardiogénico,…) iv) associa-se a agitação do doente; v) não é aliviada pelo repouso, nem pela administração de nitratos, mas sim pela administração de opiáceos (Soares-Costa, 2005).

Podem igualmente existir manifestações atípicas, descritas como dor epigástrica, indigestão de aparecimento súbito, dor torácica penetrante, dor torácica de características pleuríticas ou dispneia crescente. Estas manifestações atípicas são frequentemente observadas em doentes mais jovens (25 – 40 anos), mais idosos (idade superior a 75 anos), em mulheres e em doentes com diabetes, insuficiência renal crónica ou demência (Bassand et al., 2007; Sheehy, 2001).

Até há poucos anos, a classificação do EAM era feita de acordo com a sua localização (anterior, inferior, etc.) e com a existência ou não de ondas Q no ECG. Mas como a onda Q patológica pode levar horas a aparecer ou mesmo não aparecer, atualmente, o reconhecimento precoce do EAM é realizado através dos sinais e sintomas do doente, dos resultados laboratoriais e da presença de elevação do segmento ST (Aehlert, 2007). Deste modo, o EAM designa-se por EAMCSST ou EAMSSST, consoante a existência ou não de elevação do segmento ST no ECG de 12 derivações (Urden et al., 2008).

1.3 – DIAGNÓSTICO DAS SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

O diagnóstico precoce das SCA's é de importância vital para o doente, sendo este baseado principalmente nos sinais e sintomas, nas alterações eletrocardiográficas e nos biomarcadores cardíacos (Soares-Costa, 2005). Existem estudos que demonstraram que os sinais e sintomas associados ao EAM, quando analisados de modo independente do ECG de 12 derivações e dos biomarcadores de necrose miocárdica, adquirem pouca importância no diagnóstico de EAM (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

Por isso, o ECG de 12 derivações é considerado um instrumento de diagnóstico muito útil, desempenhando um papel vital na avaliação inicial do doente com desconforto

torácico, devendo ser realizado até 10 minutos após o contacto do doente com os meios de socorro, seja no pré-hospitalar, seja no serviço de urgência hospitalar (Aehlert, 2007; European Society of Cardiology [ESC], 2011, 2012).

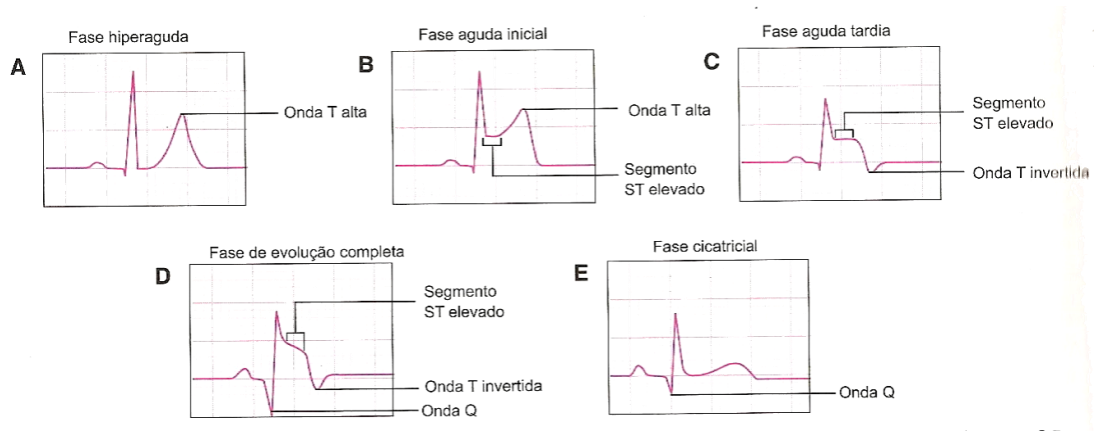
Como a isquémia, a lesão e o enfarte modificam o modo como as células do músculo cardíaco respondem aos estímulos elétricos, cada zona está associada a alterações específicas do traçado eletrocardiográfico, que traduzem alterações de despolarização (visíveis no complexo QRS), e de repolarização (visíveis no complexo ST). Estas alterações eletrocardiográficas só são consideradas significativas quando observadas em pelo menos duas derivações contíguas, que são aquelas que mostram a mesma parede do coração ou que são numericamente consecutivas nas derivações precordiais (Aehlert, 2007; Urden et al., 2008).

Deste modo, no EAMSSST, é normal os doentes referirem dor torácica, porém, não existe elevação persistente do segmento ST (Bassand et al., 2007; Hines, 2003). Assim, como não há alterações eletrocardiográficas o diagnóstico é efetuado tendo em conta os sinais e sintomas do doente, a sua história clínica e os resultados sanguíneos dos biomarcadores cardíacos (Aehlert, 2007; Urden et al., 2008).

No entanto, no EAMCSST normalmente existe uma oclusão coronária total aguda, que é caracterizada por presença de dor torácica e elevação persistente do segmento ST (superior a 20 minutos) (Bassand et al., 2007).

Assim, as alterações eletrocardiográficas num EAMCSST ocorrem em derivações relacionadas à área perfundida pela coronária obstruída e conforme um padrão esperado (Figura 1). Na fase hiper-aguda (Figura 1A) existe o desenvolvimento de uma onda T apiculada, que normalmente não é registada em ECG pois quando o doente procura ajuda já desapareceu. A fase aguda inicial (Figura 1B) caracteriza-se pelo desenvolvimento do supradesnivelamento do segmento ST, que pode ocorrer dentro da primeira hora ou das primeiras horas do enfarte. Na fase aguda tardia (Figura 1C) existe a inversão da onda T, que pode preceder o desenvolvimento do supradesnivelamento do segmento ST ou ocorrer em simultâneo. A fase de evolução completa (Figura 1D) ocorre poucas horas mais tarde com o desenvolvimento de ondas Q patológicas. Com o passar do tempo, a onda T volta à sua morfologia normal, o segmento ST retorna à linha de base e a onda Q permanece como evidência da ocorrência de um enfarte, é a fase cicatricial (Figura 1E) (Aehlert, 2007).

Figura 1 – Padrão evolutivo de supradesnivelamento do segmento ST no EAM



Fonte: adaptado de Aehlert, 2007

Em relação aos biomarcadores cardíacos, usualmente designados de enzimas cardíacas, são substâncias intracelulares dos miócitos cardíacos e incluem enzimas, proteínas contrácteis e mioglobina. Estas substâncias surgem quando existem células do músculo cardíaco danificadas ou necrosadas e passam para a corrente sanguínea através das membranas celulares danificadas (Aehlert, 2007; Henriques, Lélis, Jesus & Araújo, 2006; Urden et al., 2008). Os biomarcadores cardíacos avaliados incluem a creatinoquinase, a creatinoquinase fração miocárdica (CK-MB), a mioglobina, a troponina I e a troponina T (Aehlert, 2007; Urden et al., 2008).

No entanto, a determinação do CK-MB é o teste mais usado no diagnóstico de EAM, pois é o biomarcador mais específico do miocárdio. Os seus valores séricos sobem nas primeiras 3 a 8 horas, atingindo o pico máximo nas 15 a 24 horas seguintes e permanecem elevadas durante 2 a 3 dias (Urden et al., 2008).

Assim, os biomarcadores cardíacos são úteis para confirmação do diagnóstico de EAM quando não existe supradesnivelamento do segmento ST, quando o diagnóstico não está claro e para diferenciar os doentes com AI daqueles com EAMSSST (Aehlert, 2007). Estes biomarcadores também servem para confirmar o diagnóstico de EAMCSST, contudo, é importante referir que a espera pelos resultados laboratoriais não deve atrasar a decisão de reperfusão (Aehlert, 2007; Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

O diagnóstico final de SCA é efetuado pelo médico, contudo, os enfermeiros têm a responsabilidade de reconhecer precocemente um enfarte e assim diminuir o tempo até ao tratamento do doente (Aehlert, 2007).

1.4 – TRATAMENTO

Nas últimas décadas, tem-se registado grandes progressos ao nível do tratamento das doenças cardíacas, quer pelo desenvolvimento do cateterismo cardíaco e da cirurgia cardíaca, quer pelo aparecimento de fármacos que revolucionaram o tratamento dos doentes, aliviando o seu sofrimento, prolongando a vida e a qualidade de vida.

O tratamento das SCA's tem como objetivos melhorar o aporte de oxigénio às células do miocárdio, aliviar a dor precordial, estabilizar o ritmo cardíaco, revascularizar por completo a artéria coronária (quer nas oclusões parciais ou totais), preservar o miocárdio e reduzir a carga do trabalho cardíaco (Becker et al., 2006).

- **Oxigenoterapia**

A diminuição do aporte de oxigénio ao miocárdio por diminuição da perfusão sanguínea ocorre tanto numa obstrução parcial, como numa obstrução total de uma artéria coronária. Desta forma, a administração de oxigénio pretende melhorar a oxigenação do miocárdio (Baird, 2003).

Porém, o Alto Comissariado da Saúde (2007a) faz referência a um estudo aleatório onde a administração de oxigénio a doentes com EAMCSST não complicado, durante as primeiras 24 horas, não mostrou benefícios a longo prazo. No entanto, o mesmo autor recomenda a administração de oxigénio por máscara a todos os doentes com saturação de oxigénio <90%, sendo razoável a sua administração nas primeiras 6 horas de evolução do enfarte.

Habitualmente o débito de oxigénio administrado é entre os 2 e os 4 l/min por sonda nasal. Se o estado do doente agravar pode ser necessário utilizar máscara de re-inspiração com reservatório ou, em casos mais extremos, a ventilação mecânica (Baird, 2003).

- **Terapêutica farmacológica**

Um elemento importante no tratamento das SCA's é o alívio da dor, que além de proporcionar conforto ao doente, impede a ativação simpática, responsável pela vasoconstrição e pelo aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio. Assim, é recomendado a administração de sulfato de morfina, na dose de 2 a 4 mg por via endovenosa, repetida num intervalo de 5-15 minutos (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

A administração de nitratos favorece a dilatação arterial coronária e a dilatação arterial e venosa sistémica, mostrando-se eficaz no alívio dos sinais e sintomas e da isquémia miocárdica. Nos doentes com sintomas persistentes de isquémia miocárdica, com sinais de estase pulmonar e com necessidade de controlo da hipertensão arterial devem ser administrados nitratos por via endovenosa. A nitroglicerina por via sublingual deve ser administrada a todos os doentes com sintomas de isquémia miocárdica, sendo a dose recomendada de 0,4 mg de 5 em 5 minutos, até um total de 3 comprimidos (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

Os antiagregantes plaquetares minimizam a agregação plaquetária e o risco da oclusão coronária, por isso a sua administração é feita quer no episódio agudo, quer como terapêutica de manutenção subsequente (Bassand et al., 2007; Becker et al., 2006). Segundo a European Society of Cardiology (2011) existem três fármacos relacionados e complementares que oferecem uma terapêutica antiplaquetária eficaz: o ácido acetilsalicílico, o clopidogrel e os inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (tirofibam, eptifibatide, abciximab).

O tratamento com anticoagulantes é recomendado para todos os doentes, usado em simultâneo com os antiagregantes plaquetares. São vários os anticoagulantes disponíveis, como a heparina não fracionada e a heparina de baixo peso molecular, sendo a sua escolha condicionada consoante a estratégia inicial para o tratamento: invasivo urgente, invasivo precoce ou conservador (Bassand et al., 2007).

Os medicamentos bloqueadores dos canais do cálcio impedem a entrada do cálcio no espaço intracelular, provocando vasodilatação das artérias coronárias e periféricas. Além disso, controlam um ritmo cardíaco rápido e diminuem a força da contração, reduzindo deste modo as necessidades de oxigénio (Baird, 2003).

Os fármacos bloqueadores ß-adrenérgicos, como por exemplo, o carvedilol e o propranolol, são responsáveis pela diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial e da contractibilidade do miocárdio. São recomendados como tratamento de primeira linha para o EAM (Baird, 2003).

Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, como o perindopril e o ramipril, são medicamentos que permitem a diminuição da tensão arterial, reduzindo a resistência à ejeção ventricular (Baird, 2003; Werf et al., 2008). Ensaios clínicos em que foram usados inibidores da enzima de conversão da angiotensina no início do EAMCSST indicam que esta terapia é segura, bem tolerada e associada a uma redução pequena, mas significativa da mortalidade (Werf et al., 2008).

- **Terapêutica de reperfusão do miocárdio**

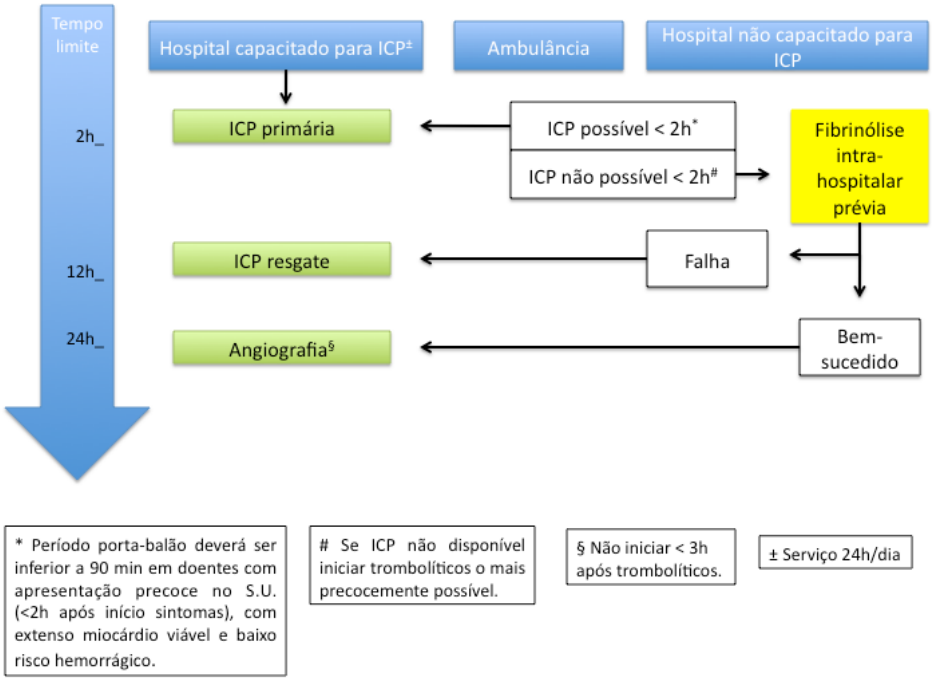
O tratamento do EAM tem como principal objetivo a reperfusão nas primeiras 2 horas após o início dos sintomas. As intervenções que promovem o restabelecimento do fluxo coronário e a reperfusão do miocárdio são a fibrinólise, a Intervenção Coronária Percutânea (ICP) e a Cirurgia de Bypass Coronário ou de revascularização miocárdica. Contudo, a seleção da terapêutica de reperfusão depende de alguns fatores, tais como: a avaliação do tempo decorrido desde o início dos sintomas, o risco de EAMCSST, o risco de hemorragia e o tempo necessário para o transporte até um laboratório de hemodinâmica onde possa ser efetuada ICP primária (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

Sendo que os tempos ideais para a terapia de reperfusão são a administração de fibrinolítico até 30 minutos após o primeiro contacto médico e a realização de ICP até 90 minutos após o primeiro contacto médico. Este contacto médico é o momento de chegada do doente ao serviço de urgência ou o primeiro contacto com um profissional do instituto nacional de emergência médica (Alto Comissariado da Saúde, 2007a).

Deste modo, a European Society or Cardiology (2011) recomenda a realização de angiografia coronária: i) urgente, em doentes com angina refratária ou recorrente associada a um desvio dinâmico do segmento ST, insuficiência cardíaca, arritmias potencialmente fatais ou instabilidade hemodinâmica; e ii) precoce, inferior a 72 horas, seguida de revascularização por ICP ou cirurgia de *bypass* coronário, em doentes com características de risco intermédio a alto. Por outro lado, a angiografia não é recomendada como avaliação invasiva de rotina de doentes sem características de risco intermédio a alto (Bassand et al., 2007).

Assim, a ICP pode ser classificada como primária ou de resgate. A primária é realizada através de angioplastia com colocação de *stent* e sem fibrinólise prévia. Considera-se ICP de resgaste quando se iniciou a tentativa de reperfusão do miocárdio pela fibrinólise, sendo o tempo decorrido entre esta e a ICP no máximo de 12 horas (Werf et al., 2008) (Figura 2).

Figura 2 – Possibilidades terapêuticas de reperfusão do miocárdio



Fonte: adaptado de Sousa (2009)

Se o tempo de transporte estimado para o centro de referência for inferior ou igual a 30 minutos e este assegurar a realização da ICP de imediato, a ICP primária constitui uma alternativa de eleição. O mesmo acontece se houver contraindicações absolutas para a fibrinólise, mesmo que isto signifique transporte inter-hospitalar (Alto Comissariado da Saúde, 2007a). Apesar de a angioplastia apresentar limitações, sendo a reestenose a mais importante, "o número de doentes submetidos a esta forma terapêutica continua a crescer, ultrapassando (...) o número de doentes submetidos a cirurgia coronária" (Direcção-Geral da Saúde, 2001, p. 9).

O autor supracitado refere que "o desenvolvimento da cirurgia cardíaca tornou possível resolver situações não acessíveis à terapêutica farmacológica e que até aos anos sessenta vitimavam, entre nós, um grande número de doentes cardíacos" (2001, p. 6). A cirurgia de *bypass* coronária é uma possibilidade terapêutica com o objetivo da reperfusão do miocárdio.

No entanto, o número de doentes que necessitam de uma cirurgia de revascularização miocárdica na fase aguda é limitada, mas esta pode ser indicada depois do insucesso da ICP, na presença de sintomas refratários após ICP, choque cardiogénico ou complicações mecânicas (Werf et al., 2008). Baird (2003) acrescenta ainda que esta cirurgia está indicada na presença de: angina estável com estenose de 50% da artéria coronária esquerda principal; angina estável com doença coronária em três vasos; AI com doença coronária em três vasos ou doença grave de dois vasos; e EAM recente.

Os cuidados de enfermagem ao doente internado com SCA concentram-se principalmente na identificação precoce da isquémia do miocárdio, no controlo da dor torácica, no reconhecimento de complicações, na promoção de um ambiente calmo e na educação/informação do doente e família (Urden et al., 2008).

Durante a fase aguda é normal o doente apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stress, que combinados com a presença de dor diminuem a sua capacidade em reter a informação fornecida, assim, a educação do doente e família deve ser iniciada assim que esta fase seja ultrapassada e deve focar-se na redução dos fatores de risco, nas manifestações de doença coronária, na adesão ao regime terapêutico e no recomeço da atividade física e sexual (Urden et al., 2008).

2 – A FAMÍLIA

Neste capítulo apresenta-se uma perspetiva histórica do conceito de família, enquadrando o conceito na perspetiva Sistémica de acordo, sobretudo com Relvas (1996) e Alarcão (2002). É ainda abordado o papel da família, integrando-se a teoria das Transições de Meleis nesta reflexão.

2.1 – CONCEITO DE FAMÍLIA

"Todos e cada um de nós tem uma família…ou mais do que uma, mesmo que a não conheça!" (Relvas, 1996, p. 9), por isso, podemos afirmar que todos sabemos o que é a família, como esta se relaciona, quais são as suas principais competências e mesmo os seus problemas mais comuns. Porém, a família enquanto entidade mostra-se como uma realidade invisível e pouco palpável, sendo encarada como um emaranhado de noções, questões, de contradições e paradoxos (Relvas, 1996).

"É habitual pensarmos na família como o lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos, ainda que, nesse longo percurso, possamos ir tendo mais do que uma família" (Alarcão, 2002, p. 37). O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, consoante a época e o contexto em que vive cada autor. Porém, será difícil encontrar uma definição universal de família pois vivemos numa sociedade em constante mudança que obriga a alterações profundas na nossa maneira de viver em sociedade, levando a que a própria família seja alvo de mutações.

Assim, Martins, Thofehrn, Amestoy, Assunção, e Meincke (2008) apoiados em vários autores descrevem sucintamente a história da família ao longo dos tempos. Começam pela Idade Média, onde a família tinha apenas como função assegurar a transmissão da vida, dos bens e dos nomes, uma vez que as crianças a partir dos sete anos eram entregues a famílias estranhas para serem educados, enfraquecendo os laços afetivos entre pais e filhos. Na década de 70 a família era reconhecida como a instituição que atendia às necessidades biológicas dos seus membros, já tendo a responsabilidade de cuidar e criar os filhos, porém a grande preocupação eram com os aspetos materiais uma vez que as questões emocionais não eram valorizadas, sendo mesmo a demonstração de emoções ridicularizada. Durante os anos 80 o conceito de família foi alargado, sendo compreendida como um universo em miniatura com características

próprias, mas que representava o mundo exterior. Mas foi na década de 90 que a família foi considerada como uma fração da sociedade, que reflete os seus valores sociais, psicológicos e culturais.

Também Relvas (1996) menciona que os autores e as correntes que se dedicam ao estudo e à análise da família convergem no sentido de considerar a família como um "ser uno e particular". Assim, a família é "um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspectiva holística pode ser correctamente compreendida" (p. 10).

Deste modo, a família pode ser definida como uma unidade básica e complexa, composta por uma ampla diversidade de estruturas e formas de organizar o seu modo de vida, sendo vista como muito especial e importante para a maioria das pessoas (Almeida, Aragão, Moura, Lima, Hora, & Silva 2009).

Para Alarcão (2002) a família é um sistema, constituído por vários elementos ligados entre si por relações, que mantém o equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução.

No contexto da Teoria Geral dos Sistemas, referenciado por Relvas (1996), cada família enquanto sistema é um todo, mas também é parte de sistemas mais vastos nos quais se integra, tais como a sociedade, porém, não devemos esquecer que dentro da própria família existem outras totalidades mais pequenas (sendo a menor o indivíduo), são os denominados subsistemas. Esta noção de hierarquização leva a que nesta abordagem não sejam desprezados nem os indivíduos, nem as suas relações com o meio, apesar de a família ser vista como um todo.

Assim, Wright e Leahey como referido por Pinho e Kantorski (2004) destacam cinco conceitos da Teoria dos Sistemas: um sistema familiar faz parte de um supra-sistema mais amplo composto por vários subsistemas; a família como um todo é maior que a soma das suas partes; a mudança num membro da família afeta todos os outros; a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudanças e estabilidade; e os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos sob o ponto de vista de uma causalidade circular e não linear.

Para Relvas (1996) os subsistemas são criados por "interacções particulares que têm que ver com os indivíduos nelas envolvidos, com os papéis desempenhados e os estatutos ocupados, com as finalidades e objectivos comuns e com as normas transacionais que se vão progressivamente construindo" (p. 13). Assim podem ser reconhecidos vários subsistemas dentro da família:

- Individual, composto pelo indivíduo que além do seu envolvimento no sistema familiar tem outras funções e papéis noutros sistemas, alternado assim o seu desenvolvimento pessoal e o seu posicionamento familiar;
- Parental, geralmente constituído pelos pais tem como responsabilidade a proteção e educação das gerações mais novas;
- Conjugal, formado pelo casal;
- Fraternal, composto pelos irmãos e tem funções específicas no "treino" de relações entre iguais.

Portanto, a estrutura da família é a forma como todos estes subsistemas se organizam, ou seja, o tipo de relações que se desenvolve entre eles e no interior de cada um.

Atualmente pode-se encontrar vários tipos de família, desde as famílias nucleares, às monoparentais e até às famílias que podem ser definidas pelos laços sentimentais entre indivíduos, tal como refere Gonçalves et al. (2001), "quando falamos de família não só nos referimos a vínculos biológicos mas também afectivos (...) e há que evitar excluir as pessoas significativas". Também Martins et al. (2008) fala-nos na família como sendo um grupo que convive ou não, num mesmo espaço físico, podendo ter uma relação de pertença através de laços consanguíneos ou apenas por co-habitação e vínculos afetivos.

Assim como os indivíduos que a compõem, também a própria família evolui, possuindo o seu ciclo vital definido como "uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas" (Relvas, 1996, p. 17), sendo representado através de um esquema de classificação em estádios, diferenciando fases ou etapas.

De acordo com isto, Relvas (1996) menciona que foi o sociólogo Duvall, nos anos cinquenta, que apresentou a primeira classificação de estádios do ciclo vital onde existia a noção de tarefas de desenvolvimento no todo familiar, identificando oito estádios: 1. Casais sem filhos; 2. Famílias com recém-nascido; 3. Famílias com crianças em idade pré-escolar; 4. Famílias com crianças em idade escolar; 5. Famílias com filhos adolescentes; 6. Famílias com jovens adultos; 7. Casal na meia-idade; 8. Envelhecimento. Também a mesma autora referencia que Hill e Rodgers em 1964 destacam três critérios para a transição entre os estádios que são as alterações no número de elementos que compõem a família, as alterações etárias e as alterações no estatuto ocupacional dos elementos responsáveis pelo sustento/suporte da família,

apresentando assim o seguinte esquema do ciclo vital: 1. Jovem casal sem filhos; 2. Estádio expansivo (com a junção do primeiro filho); 3. Estádio estável (período da educação dos filhos até à sua saída de casado primeiro filho); 4. Estádio de contração (até que o último filho saia de casa); 5. Estádio pós-parental (outra vez um casal sem filhos).

No entanto, Relvas (1996) define um esquema diferente mas que parece fazer a junção entre as perspetivas mais estruturais e as mais individualistas, identificando os seguintes estádios: 1. Formação do casal; 2. Família com filhos pequenos; 3. Família com filhos na escola; 4. Família com filhos adolescentes; 5. Família com filhos adultos. Na sua opinião a conceptualização do ciclo vital é um contributo valioso para o estudo da família pois centra-se na evolução temporal das interações entre os vários subsistemas e perspetiva a sua continuidade, porém não deve ser utilizado de forma a ocultar a individualidade de cada família.

Ao abordarmos a família existem dois fatores que se destacam: o tempo e a mudança. O fator tempo associa-se às tarefas do desenvolvimento da família, aos marcadores das respetivas fases do seu ciclo vital e aos diversos momentos estruturais que, progressivamente, implicam a família em diferentes papéis e posicionamentos. Em relação ao fator mudança, a autora menciona Ilya Prigogine que refere que a família está sujeita a permanentes flutuações, que implicam a reestruturação do próprio sistema, assim, a mudança é considerada como permanente. Sem a ocorrência destas mudanças, não existia evolução e continuidade da família, pois tais momentos de transformação correspondem aos marcadores do ciclo vital, ou seja, ao início dos seus diferentes estádios de transição ou fases (Relvas,1996).

Sabemos que qualquer tipo de família está sujeita a mudanças e, necessariamente, passa por várias crises ao longo do seu desenvolvimento. Para Lustosa (2007) as crises podem dividir-se em: 1. evolutiva ou vital, caracterizada por ser natural, esperada e que acontece desde o nascimento até à velhice, estando sempre associada às mudanças existenciais; 2. Acidental, quando é inevitável, abrupta, ocorrendo mudanças inesperadas no ciclo vital e perda do equilíbrio interno.

Contudo, as famílias distinguem-se entre si, pela forma como são capazes de ultrapassar ou lidar com essas crises e encontrar o caminho que lhes permita a reestruturação e a evolução para níveis mais complexos. Relvas (1996) reforça a ideia que as famílias "diferenciam-se na flexibilidade, na possibilidade de encontrar o equilíbrio dinâmico na abertura-fecho do sistema «forçando» um ou outro aspecto conforme o momento evolutivo o exige" (p. 31).

Martins et al. (2008) descrevem-nos a família saudável como sendo aquela que possibilita o crescimento dos seus membros, mantendo a coesão entre eles e tendo como prioridade as necessidades emocionais, físicas e sociais, reconhecendo, valorizando e conciliando as diferenças, apresentando flexibilidade para mudanças e que perante um problema consegue funcionar adaptada à nova realidade. Porém descreve a família patogénica como aquela que demonstra sinais de stress contínuo e irresolvível, que pode se manifestar em todo o grupo familiar, ocorrendo tensão e hostilidade.

Durval e Miller como referido por Nogueira (2003) descrevem as seguintes funções familiares, geralmente aplicáveis a todos os tipos de estruturas familiares:

1. geradoras de afeto, sendo este gerado entre os membros da família;
2. proporcionadoras de aceitação pessoal e de segurança, pois a família proporciona um lar estável, possibilitando aos seus elementos desenvolverem-se por si só e à sua própria maneira;
3. proporcionadoras de satisfação e sentimento de utilidade, uma vez que os membros de uma família têm prazer de viver uns com os outros através de atividades que os satisfaçam;
4. asseguradoras da continuidade das relações, sendo de esperar que as associações familiares que proporcionam relações simpáticas e estimulantes sejam duradouras;
5. proporcionadoras de estabilidade e socialização. A família tem a função de transmitir a cultura de geração em geração, preparando os seus membros para os lugares na hierarquia social;
6. impositoras da autoridade e do sentimento do que é correto. É no seio familiar que os seus membros aprendem em primeiro lugar as regras, os direitos, as obrigações e as características das sociedades humanas.

Compete assim à família desempenhar estas funções de forma a manter a integridade familiar, a dar resposta às necessidades individuais de cada elemento, e a responder às expectativas da sociedade.

2.2 – A FAMÍLIA NA DOENÇA

A família possui como funções primordiais o desenvolvimento e a proteção dos seus membros (função interna) assim como a sua socialização, adequação e transmissão

de determinada cultura (função externa). Neste contexto, a família tem duas importantes tarefas, a criação de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus elementos (Relvas, 1996).

Em relação à saúde, a família tem como função proteger a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença, assumindo assim um papel fundamental na recuperação e na manutenção do bem-estar físico, social e emocional do doente.

Embora a família tenha capacidade de evolução e de adaptação eficazes ao longo do seu ciclo vital, a situação de doença é um acontecimento potencialmente gerador de crise, existindo alteração da dinâmica familiar e uma redistribuição dos papéis dos seus membros. Porém, seja qual for o tipo de crise, a família desempenha um papel importante na redução ou gestão do stress, na adaptação satisfatória e na reabilitação saudável (Nogueira, 2003).

Segundo o mesmo autor, quando ocorre uma doença num dos membros da família, a família reage de maneiras diferentes dependendo da natureza da doença. Potter como referido por Nogueira (2003) menciona que as doenças de curta duração e sem risco de vida provocam poucas alterações no comportamento da família, enquanto as doenças graves com risco de vida provocam alterações emocionais e de comportamento, tais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento.

Martire e Schulz como referido por Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) relatam que são poucas as circunstâncias tão stressantes na vida de um indivíduo como o diagnóstico de uma doença crónica, tal como a doença coronária. Assim, com a ocorrência do EAM, apesar de se apresentar numa situação crítica, é fundamental que o doente enfrente o seu estado de saúde e encare a situação como uma alternativa de rever o seu estilo de vida e de adotar hábitos de vida saudáveis, de modo a evitar um novo EAM. A recuperação destes doentes passa necessariamente pela alteração dos hábitos de vida, tais como a alimentação, o exercício físico, a adesão terapêutica, entre outros (Schneider, Manschein, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008).

Assim, a vivência desta mudança leva a um período de instabilidade, tornando-se necessário uma adaptação para atingir um novo estado de equilíbrio, assim está implícito a passagem de um estado de vida para outro, o que faz com que esta experiência, na perspetiva de Meleis e das suas colaboradoras, represente uma transição.

Goosen como referido por Cintra, Nishide e Nunes (2001) destaca que “a capacidade do indivíduo de adaptar-se ao meio é um requisito para a vida, porém o grau com o

qual os diferentes indivíduos são capazes de incorporar uma mudança, em um processo de amadurecimento e no dia-a-dia, varia" (p. 301). Deste modo, o conhecimento do grau individual de adaptabilidade de cada doente proporciona ao enfermeiro dados importantes na avaliação do estado de saúde de cada doente e no planeamento mais adequado das intervenções a realizar. Podemos afirmar que uma das funções do enfermeiro que trabalha na UCI é auxiliar o doente no início do processo de mudança, que se prevê que continuará ao longo de toda a vida do doente. Meleis e Trangenstein em 1994 definiram que a missão da enfermagem consiste em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Porém, existem inúmeras condições que podem facilitar ou dificultar a vivência de uma transição saudável. Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, e Schumacher (2000) consideram algumas condições pessoais tais como: os significados atribuídos pela pessoa aos acontecimentos que espoletam o processo de transição; atitudes e crenças que lhe estão associados, a situação socioeconómica e a preparação ou o conhecimento sobre o que pode acontecer durante o processo de transição e das estratégias a utilizar na sua gestão. Consideram como suporte social facilitador o apoio familiar ou de pessoas significativas, informações relevantes através de fontes de informação ou o aconselhamento com pessoas ou fontes respeitáveis. Por oposição consideram como condições inibidoras o suporte inadequado ou informação insuficiente ou contraditória.

Ser capaz de enfrentar este processo de mudança não é uma responsabilidade exclusiva do doente, a família também deve fazer parte deste processo de mudança, exigindo-se cada vez mais a sua intervenção ativa. Deste modo, a família exerce um papel importante no ajustamento psicológico e na ajuda ao doente para ultrapassar e enfrentar as adaptações necessárias.

Segundo Straub como referido por Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) lidar com eventos stressantes, como a doença coronária, é especialmente difícil quando a pessoa se sente isolada e/ou rejeitada socialmente. Sendo que existem estudos que indicam que o suporte social adequado pode diminuir o risco de agravamento da doença ao promover comportamentos relevantes para o seu controlo.

Deste modo, Abreu-Rodrigues e Seidl (2008) realizaram um estudo onde descreveram a relação entre o apoio social e a doença coronária, com base em vários artigos empíricos ou de revisão publicados, e concluíram que existem evidências da relação

positiva entre disponibilidade de suporte social e melhoria da saúde do doente. Identificando a família como o apoio social mais próximo do doente, consideramos que o seu envolvimento no internamento é importante, quer pelo apoio emocional que presta ao doente, quer pela perspetiva de assumir o papel de prestador de cuidados na reabilitação do doente após a alta.

Também Ferreira (2011) faz referência a um estudo de Cainé de 2004, onde os doentes relatavam que o envolvimento da família durante o internamento era baixo, considerando porém que a família deve estar presente no apoio após a alta. Os doentes consideram que o momento de regresso a casa é vivenciado com ansiedade, insegurança e receios, por não serem capazes de gerir a situação de doença, reconhecendo a importância do suporte familiar.

3 – A HOSPITALIZAÇÃO

A hospitalização pode surgir, na perspetiva de Martins (2000), em diferentes contextos, estando associada a uma situação súbita devido a uma emergência, à agudização de uma situação crónica, ou de forma programada, quer seja para intervenções terapêuticas ou diagnósticas. Sob o ponto de vista de Jorge (2004), falar em hospitalização, significa falar em separação em sentido lato, pois, mesmo que essa separação não ocorra fisicamente, ela ocorre, necessariamente, em relação ao ambiente físico e afetivo.

Normalmente em situações de EAM, o internamento ocorre de forma súbita e inesperada, desencadeando no doente e família sentimentos de medo, insegurança, sofrimento, entre outros. Também o facto de a doença estar associada ao coração, desencadeia sofrimento emocional ligado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, assim como depressão e angústia. Contudo, se o doente for mantido informado, se existirem orientações quanto ao significado da sua doença e se as palavras escolhidas forem apropriadas e de fácil entendimento, estes sentimentos podem ser atenuados e até evitados (Schneider et al., 2008).

Os doentes, na sua maioria ativos e inseridos na sociedade, ao depararem-se com o diagnóstico de EAM e com a necessidade de internamento, sofrem uma quebra e uma mudança na sua rotina diária, gerando assim sofrimento e angústia. O internamento numa UCI vai agravar este sofrimento, pois o doente encontra-se num ambiente desconhecido, onde o contacto com a família normalmente é restrito, levando também ao desenvolvimento de ansiedade e de stress (Schneider et al., 2008).

3.1 – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS

O aparecimento das UCI ocorreu por volta dos anos sessenta, quando as técnicas sofisticadas de tratamento sofreram uma grande implementação na Medicina. Este facto conduziu à necessidade de se implementar um espaço nos hospitais destinado ao atendimento de doentes graves ou em risco, com recursos humanos especializados, com assistência médica e de enfermagem permanentes, com equipamentos específicos e acesso a várias tecnologias de diagnóstico e terapêutica (Maia, 1999).

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2003), as UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p. 6). Distinguem-se de outros serviços devido à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, aos recursos humanos especializados e à gravidade do estado clínico dos doentes internados (Almeida & Ribeiro, 2008).

Para a Direcção-Geral da Saúde (2003) a UCI define-se em função de três critérios:

1. A prática: assenta num conjunto de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados em função das necessidades do doente, 24 horas por dia;
2. A avaliação: faz-se de acordo com a função atribuída a cada UCI. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para ocorrer às necessidades decorre da missão atribuída à UCI. É a análise destas variáveis que permite definir os recursos necessários para cada unidade, bem como avaliar o seu desempenho;
3. A investigação: a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender cada vez melhor a doença, acumular experiência, sistematizar e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.

O número de UCI tem vindo a aumentar devido ao alargamento das indicações para admissão dos doentes, à existência de melhores e mais rápidos recursos de assistência intra e extra-hospitalar e à evolução de outras áreas médicas que necessitam do apoio da medicina intensiva (manutenção de dadores de órgãos, transplantes) (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

O mesmo autor refere que a terminologia utilizada para a caracterização do nível de assistência médica ao doente crítico tem sido diversa. Porém, a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva tem por base as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar, identificando três níveis:

- Nível I: visa a monitorização, normalmente não invasiva e pressupõe a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com unidades de nível superior;

- Nível II: capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar (de modo ocasional ou permanente) acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas, pelo que deve garantir a articulação com unidades de nível superior;

- Nível III: são os denominados Serviços de Medicina Intensiva, e devem ter quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas, pressupondo a possibilidade de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, e deve também dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

As denominadas UCIC surgiram na década de 1960, tendo como principal objetivo servir como uma área especializada no atendimento a doentes com EAM, assegurando assim a atuação imediata nas arritmias consideradas fatais. Assim, com a criação destas unidades começou a existir uma maior vigilância e controle sobre as arritmias fatais, havendo uma diminuição significativa na mortalidade dos doentes na fase aguda do EAM (Cintra et al., 2001).

O internamento em UCI é, para a Direcção-Geral da Saúde (2003), por definição, “um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si” (p. 6).

Embora seja o local ideal para dar respostas às necessidades dos doentes críticos, a imagem normalmente associada à UCI é de um ambiente agressivo, tenso e traumatizante, onde o limite entre a vida e a morte é ténue. Surgindo a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades (Almeida & Ribeiro, 2008).

Pereira e Bueno (1997) referem que as UCI têm características que se constituem por si só geradoras de stresse tais como: o ambiente fechado, a iluminação artificial, o ar condicionado, a estrutura física, o grau de exigência dos cuidados prestados, a falta de recursos humanos, os equipamentos sofisticados e muito ruidosos, a morte e o sofrimento constantes.

O enfermeiro que trabalha numa UCI tem um grande desafio para superar: num ambiente onde predomina a complexidade tecnológica deve prevalecer a prestação de cuidados individualizados e humanos. Deste modo, os enfermeiros devem ser profissionais especializados, com capacidade de trabalho, iniciativa e com um amplo corpo de conhecimentos associados ao julgamento inteligente, à observação e ao contacto direto com o doente, características que não devem ser substituídas por qualquer equipamento (Cintra et al., 2001).

3.2 – O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NO DOENTE E FAMÍLIA

O doente internado numa UCI necessita de cuidados de excelência, dirigidos aos problemas fisiopatológicos, mas também, para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.

Pupulim e Sawada (2002) referem que a condição de doente gera sentimentos de incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo, sendo que a hospitalização é encarada como um fator de despersonalização, devido à dificuldade que o doente tem em manter a sua identidade, intimidade e privacidade.

Para Lemos e Rossi (2002), o doente hospitalizado em UCI sofre um processo de "separação do mundo", ocorrendo mudanças significativas nos hábitos de higiene, de alimentação, de eliminação, de sono e repouso, de afeto, de convivência familiar e dos aspetos relacionados com a interação social.

Os mesmos autores acrescentam que, em contexto de internamento em UCI, os doentes apresentam ansiedade devido a fatores como a ameaça de desamparo, perda de controlo, sensação de perda de função e de autoestima, isolamento e medo de morte. Cintra et al. (2001) referem que os doentes com EAM normalmente estão ansiosos e assustados, revelando uma expressão facial angustiada associada a movimentos contínuos em busca de uma posição mais confortável, expressando interesse apenas por uma comunicação mínima. Deste modo, os enfermeiros deparam-se com o desafio de assegurar um ambiente calmo, que proporcione o alívio do medo e da ansiedade.

Também Sousa (2000) menciona que, por parte dos doentes, o sentimento de preocupação com a sua família e com o que deixa no exterior do hospital supera a preocupação consigo próprio, igualmente Pupulim e Sawada (2002) referem que aquando da hospitalização o doente perde o controlo sobre os que o afetam, e dos quais depende para a sua sobrevivência.

A hospitalização de um doente é também um momento difícil para a família, Almeida et al. (2009) afirma que "o processo de adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda a família, que vivencia a hospitalização diariamente" (p. 845).

Os mesmos autores dizem que a UCI normalmente gera sentimentos negativos, tanto nos doentes como nos familiares, devido à sensação de ameaça e morte iminente, sendo que os familiares podem sentir-se confusos, desamparados, temerosos e

impotentes. Além da gravidade da situação, também “a existência de aparelhos eletrónicos, tecnologias e sons ininterruptos” desconhecidos para os familiares provocam sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e depressão (Almeida et al., 2009, p. 845).

De acordo com Martins (2000), quando um doente é internado na UCI, os seus familiares sentem-se geralmente perdidos, desprotegidos e envoltos num ambiente desconhecido com regras rígidas e distintas das que existem no seu contexto familiar.

No entanto, cada família reage de forma diferente à hospitalização do seu familiar, segundo Almeida, Colaço e Sanchas (1997), quando um elemento da família é hospitalizado, as reações de cada familiar são diferentes, e as alterações que a doença provoca na família estão relacionadas com o papel social do indivíduo que adoece, a idade, o sexo e com a própria estrutura familiar. Neste sentido, a doença de um dos membros vai converter-se em doença familiar e todos sentirão a influência negativa do sofrimento e da dor.

Logo, tanto a hospitalização como a doença são encaradas como ameaça e vivenciadas de forma grupal, levando a que a família redirecione papéis e modifique hábitos de vida (Almeida et al., 2009).

Deste modo, a vivência da hospitalização pode transformar a família num sistema em processo de auto-regulação, ou seja, existe uma complexificação das relações familiares, que se desestabilizam, mas, ao mesmo tempo, convergem para uma forma de reorganização interna que leva à homeostasia do grupo, ou seja, da família (Pinho & Kantorski, 2004).

Mas, Lustosa (2007) refere que com a hospitalização, a família pode defrontar-se com várias dificuldades, tais como:

1. Falta de informações adequadas sobre o estado do seu familiar;
2. Ritmos de vida incompatíveis com os horários hospitalares;
3. Papel do doente na dinâmica familiar, ou seja o doente muitas vezes desempenha o papel fundamental de apoio financeiro e/ou emocional da família;
4. A família nem sempre tem contato fácil com o médico responsável pelo seu familiar, ficando assim em falta informações importantes;
5. Responsabilidade face a situações difíceis.

É importante que todos os profissionais de saúde estejam despertos para estes aspetos, pois, é tão importante cuidar do doente em estado crítico na UCI, como da família que o visita. Almeida et al. (2009) afirmam que não se pode admitir a assistência completa ao indivíduo (doente ou saudável) sem considerar a família à qual ele pertence, ou seja, a família também deve ser objeto de cuidados de enfermagem.

Também Cintra et al. (2001) confirmam que para que a família cumpra o seu papel de suporte ao doente, também ela necessita de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais. Para Lemos e Rossi (2002) a família tem necessidade de informações sobre o internamento, o ambiente hospitalar, o risco de vida do seu familiar, ou seja necessidades que geram stress e que devem ser tidas em conta pelos profissionais durante o internamento. Neste sentido, não é suficiente deixar a família entrar na UCI, é necessário questioná-la sobre as suas dúvidas, observar as suas reações e comportamentos e entender as suas emoções.

Gerir o envolvimento dos familiares no cuidado do doente é complicado, necessitando de experiência e sensatez por parte de quem o faz. Maciel e Souza (2006) realizaram uma pesquisa que mostrou que não existe um consenso entre os doentes internados numa UCI em relação à presença de acompanhantes no internamento. Os resultados mostraram que alguns doentes sentiam-se seguros no ambiente da UCI e achavam que a família não podia ajudá-los, ao contrário de outros que afirmavam gostar da permanência da família. O estudo concluiu que nas UCI devem-se questionar os doentes sobre a sua vontade em relação à presença ou não dum familiar. Lemos e Rossi (2002) dizem-nos que ao mesmo tempo que o doente entende a necessidade do isolamento social da UCI, procura justificar a importância da presença da família para seu conforto.

Os mesmos autores evidenciam que a questão do isolamento social do doente em UCI está diretamente relacionada ao afastamento familiar e ao ambiente de morte. Referindo que as ações que colaboram para minimizar essa situação são ”a proximidade e o envolvimento dos membros da família, o estabelecimento de vínculo e a orientação por parte da equipe de enfermagem, e, ainda, a permissão para que o cliente participe e opine sobre seu tratamento” (Lemos & Rossi, 2002, p. 351).

Porém, o envolvimento da família durante o internamento ajuda a manter o lugar do doente na sua família e estabelece ligação entre o meio social e o meio hospitalar. A família ao participar e ao sentir-se incluída durante o internamento, sente-se útil, atenuando assim a ansiedade e o stress que vivenciam.

Todavia, Pinho e Kantorski (2004) referem que as instituições hospitalares não estão preparadas para trabalhar com o familiar do doente hospitalizado, esclarecendo que “não existe sua institucionalização, ficando o doente longe de seu parente, induzindo-o ao padecer psíquico” (p. 69).

Torna-se importante evidenciar que o trabalho de enfermagem com famílias é uma atividade desafiadora, sendo essencial que toda a equipa multidisciplinar aprenda a pensar na família de modo a desempenhar uma prática diferenciada, promovida a partir da realidade na qual a família está inserida, tendo em consideração os seus significados e valores (Almeida & Ribeiro, 2008).

3.3 – O ENFERMEIRO NA HOSPITALIZAÇÃO: PREPARAÇÃO PARA A ALTA

A Enfermagem é uma profissão que, ao longo dos últimos anos tem investido e procurado afirmar-se como ciência, tentando demonstrar que é detentora de um conteúdo profissional rico e profícuo que, só por si, a torna identificável, reconhecida e única na sociedade. Também Ferreira (2011) afirma que, nos últimos tempos, os cuidados de enfermagem à pessoa centram-se mais numa vertente humanista deixando gradualmente a vertente patológica e biológica, permitindo assim à enfermagem direcionar e delimitar as suas competências, criando uma profissão com características e identidade própria.

Neste sentido, o maior desafio para o enfermeiro reside na procura contínua da excelência do cuidar. Para a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8) "o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)". Partilhamos a opinião de Hesbeen (2000, p.67) quando refere que "os cuidados de Enfermagem não são senão mais do que a atenção particular prestada pelo Enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares, com o objectivo de os ajudar numa situação específica, utilizando as suas competências e qualidades enquanto profissional de Enfermagem, para concretizar essa ajuda".

A satisfação das necessidades do doente, indo ao encontro das necessidades da família, deve ser feita desde a admissão do doente no hospital até ao momento de alta, devendo ser este o objetivo primordial da intervenção da enfermagem (Nogueira, 2003). O mesmo autor defende que “os cuidados de enfermagem podem ser optimizados se a unidade familiar entrar em linha de conta neste processo, com vista à adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e prevenção de

complicações, principalmente quando esta assume o papel de prestador de cuidados" (p. 68).

De acordo com Urden et al. (2008), relativamente aos doentes com SCA, as intervenções de enfermagem centram-se na identificação precoce da isquémia do miocárdio, no controlo da dor torácica, no reconhecimento de complicações, na promoção de um ambiente calmo e na educação do doente e família.

Durante o internamento é normal o doente apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stress, que combinados com a presença de dor diminuem a sua capacidade em reter a informação fornecida. Portanto, a educação do doente e família deve ser iniciada assim que a fase aguda seja ultrapassada e deve focar-se na redução dos fatores de risco, nas manifestações de doença coronária, na adesão ao regime terapêutico e no recomeço da atividade física e sexual (Urden et al., 2008).

Para Custódio como referido por Ferreira (2011) a educação para a saúde é um processo holístico, que pretende aumentar a saúde de uma pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos possibilitando à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando os seus estilos de vida e as suas crenças, assim as atividades de ensino para doentes e famílias baseiam-se no facto de que ambos têm direito à informação em relação ao diagnóstico, tratamento e prognóstico em termos que lhe sejam compreensíveis.

Para a preparação para a alta é necessário recorrer à educação para a saúde, de modo a que sejam esclarecidas as dúvidas de doentes e família e assim adquirirem conhecimentos para dar continuidade aos cuidados. Portanto, ao preparar a alta há que ter em conta a garantia da continuidade dos cuidados para que a recuperação pós alta não seja prejudicada por falta de esclarecimento, facilitando a integração sócio-familiar e profissional do doente (Ferreira, 2011). Contudo, o mesmo autor refere que o planeamento da alta também pode ser denominado de planeamento da continuidade de cuidados, pois a sua finalidade é assegurar que as necessidades do doente e da sua família sejam atendidas, podendo esta continuidade de cuidados ser da responsabilidade do doente e da própria família onde este se insere.

As atividades educativas na relação enfermeiro/pessoa que sofreu o EAM são consideradas muito relevantes, pois só a partir do momento que o doente assimila a sua nova condição é que poderá caminhar no sentido de obter uma melhor qualidade de vida (Pombo e Guerreiro referidos por Cruz, 2013).

4 – TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA

O EAM é uma doença que ocorre, a maior parte das vezes, de forma súbita e grave, tornando imprescindível a hospitalização do doente numa UCI, além da hospitalização, o doente passa também por um processo de incertezas e de adaptação a um estilo de vida novo, que visa principalmente a diminuição dos fatores de risco da doença.

A vivência desta mudança leva a um período de instabilidade, tornando-se necessário uma adaptação para atingir um novo estado de equilíbrio, logo está implícito a passagem de um estado de vida para outro, o que faz com que esta experiência, na perspetiva de Meleis e das suas colaboradoras, represente uma transição.

Portanto, a pessoa no seu percurso de vida passa por processos de alterações no seu estado de saúde que podem ser considerados períodos de transição pelas mudanças que desencadeiam no seu modo de ser e de estar. Sendo estas situações um foco de atenção dos profissionais de enfermagem, Meleis e Trangenstein (1994) definiram que a missão da enfermagem consiste em facilitar os processos de transição, através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Deste modo, o conceito de transição em enfermagem foi considerado por Meleis e Trangenstein (1994) como major, independente e integrador das teorias ou modelos existentes, sendo descrito como:

> A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso mas limitado e a perceção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta. (Meleis 2010 citada por Eufrásio, 2015, p. 14)

Para compreender como a transição saúde-doença se processa é fundamental perceber que o conhecimento que a ocasiona é percecionado de forma diferente por cada pessoa e interfere na relação deste com o meio físico, social e familiar e com a perceção que tem de si próprio, impondo a tomada de consciência individual do aparecimento de novas exigências e da necessidade de desenvolver novas competências e estratégias para se adaptar de forma eficaz à mudança operada pela transição. Sendo a transição um processo com duração variável ao longo do tempo,

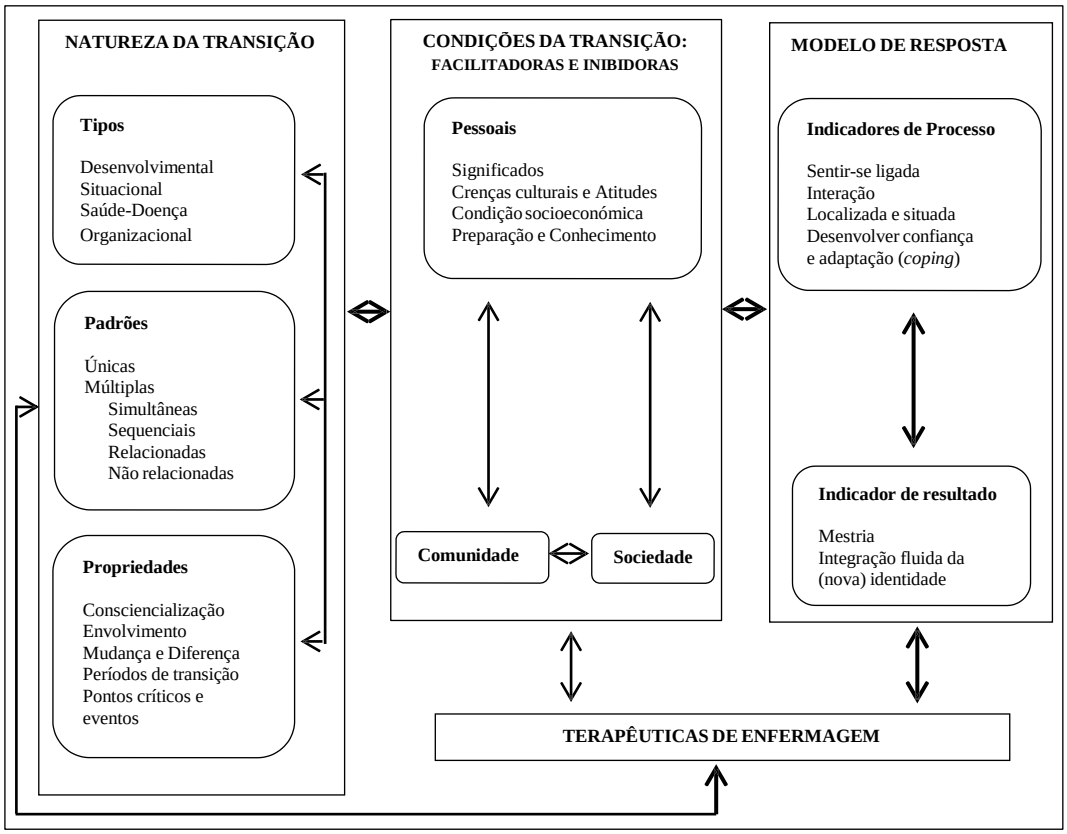
importa perceber como as pessoas se comportam ao longo da mesma (Eufrásio, 2015).

Deste modo, o modelo teórico de transição de Afaf Meleis oferece uma visão interpretativa sobre as vivências das transições, permitindo perceber como cada pessoa vivencia o processo de transição em que está envolvido (Meleis, 2010). Por isso, possibilita uma visão mais integradora da pessoa e uma antecipação do diagnóstico sendo fundamental uma atenção mais sistemática aos processos de transição, fatores que direcionam as diferentes intervenções de enfermagem (Meleis, 2007).

A estrutura teórica de Meleis é constituída por três dimensões distintas: a natureza da transição, as condições da transição, os padrões de resposta comuns das pessoas face à transição e a assistência de enfermagem, tornando-a acessível aos profissionais (Meleis et al., 2000).

O modelo explicativo da teoria de médio alcance de Meleis pode ser reproduzido por um diagrama, tal como se observa na Figura 3.

Figura 3 – Transições de vida: Teoria de médio alcance de Afaf Meleis



Fonte: adaptado de Eufrásio (2015)

Quanto aos **tipos** de transição estes podem ser *desenvolvimental* (relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital,), *saúde-doença* (associadas a processos de saúde e de doença); *situacional* (relacionadas com situações que originam a mudança de papeis, as alterações na dinâmica familiar, as experiências de quase-morte, as mudanças de estado civil) e *organizacional* (representam mudanças a nível do ambiente social, politico, económico ou intra-organizacional, ao nível da estrutura e da dinâmica) (Schumacher e Meleis, 1994).

Em relação ao **padrão** podem ser *únicas* se a pessoa experiencia uma só transição num determinado momento da sua vida, ou *múltiplas*, quando experiencia mais do que um tipo de transição. As múltiplas podem ser *simultâneas* ou *sequenciais*, se ocorrem ao mesmo tempo ou uma a seguir à outra, pelo que é primordial que a pessoa em transição e os profissionais de saúde estejam atentos às mudanças que se vão operando, e podem ainda ser *relacionadas* ou *não relacionadas* entre si (Schumacher e Meleis, 1994).

Quanto às **propriedades**, estas são a *consciencialização* (que é a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição por parte da pessoa que a vivencia), o *envolvimento* (passa pela preparação do processo de transição, através da procura de informação e alteração do comportamento), a *mudança e diferença* (a mudança envolve a adaptação a novos papéis e situações, e a diferença reporta-se às expectativas não concretizadas ou divergentes), o *período de transição* (intervalo de tempo desde o início dos primeiros sinais de antecipação, perceção, ou demonstração de mudança até ao ponto final identificável, com um novo início ou período de estabilidade) e os *pontos críticos e eventos* (são pontos de viragem crítica ou acontecimentos e estão associados com o aumento da consciência da mudança, diferença ou envolvimento mais ativo em lidar com a experiência de transição) (Meleis, 2010).

As transições são influenciadas também por **condições** que podem ser facilitadoras ou inibidoras do percurso e resultado das mesmas. As condições *pessoais* estão relacionadas com os significados, crenças culturais e atitudes, com o nível socioeconómico e a preparação e o conhecimento prévio. As condições *ambientais* são os recursos disponíveis ao nível da *comunidade* - o suporte e aconselhamento familiar, de amigos e profissionais de saúde, o recurso à informação, equipamentos e instituições existentes - e ao nível da *sociedade*, como por exemplo, significados estereotipados de desigualdade de género (Meleis, 2010).

Nos estudos efetuados por Meleis e suas colaboradoras emergiram determinados **modelos de resposta** à transição que abrangem indicadores de processo e de resultado. Os *indicadores de processo* englobam: sentir-se ligada, a interação, o sentir-se localizada e situada, o desenvolvimento de confiança e de adaptação através de estratégias de *coping*. Os *indicadores de resultado* são a mestria (que é quando a pessoa consegue o domínio da situação) e a integração fluída da identidade (refere-se a uma mudança de foco ou perspetiva na vida da pessoa que vivencia a experiência de transição e que resulta na reformulação da identidade e a sua incorporação, pois esta é fluida e não estática, dinâmica e não estável).

Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição leva ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências únicas das pessoas e suas famílias, promovendo as respostas saudáveis para a transição.

Assim, Meleis e Trangenstein em 1994 começaram a redefinir as **terapêuticas de enfermagem** afirmando que a missão de enfermagem consiste em facilitar os processos de transição através do cuidar, procurando atingir, como resultado, a saúde e o bem-estar subjetivo, prevenindo assim uma transição pouco saudável.

Meleis et al., (2000) acrescentam que os enfermeiros podem influenciar processos de transição se a sua prática for centrada na pessoa e nas suas necessidades reais. As intervenções de enfermagem a serem implementadas ao longo do processo de transição incluem a disponibilidade, o esforço multidisciplinar para uma compreensão abrangente da pessoa e a educação para uma preparação adequada com tempo suficiente para a gradual assunção das novas responsabilidades e o desenvolvimento de novas habilidades da pessoa que o experiencia (Eufrásio, 2015).

Como anteriormente referenciado, os processos de alterações no estado de saúde que surgem no decurso da vida de uma pessoa são potenciais situações de transição pelas mudanças que lhes suscitam, assim como à sua família, requerendo processos de adaptação e, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), são processos dinâmicos e contínuos ao longo dos quais cada pessoa vivencia o seu projeto de saúde na procura de um estado de equilíbrio, em que os cuidados de enfermagem devem ser implementados, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença.

Devemos ter presente que os enfermeiros são a primeira linha de prestadores de cuidados ao doente e família no processo de transição. O enfermeiro é o profissional que possui as habilidades necessárias para dar as ferramentas que cada doente necessita de forma individualizada para se adaptar ao processo de doença crónica.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS

Normalmente, os doentes com EAM, independentemente da gravidade da sua situação clínica, demonstram sentir um forte impacto ao nível do sistema individual e familiar, apesar de nem sempre se verificar uma incapacidade física visível. Na sua fase aguda o EAM pode provocar alterações emocionais profundas no doente, é fundamental que o doente enfrente o seu estado de saúde e encare a situação como uma alternativa de rever o seu estilo de vida e de adotar hábitos de vida saudáveis de modo a evitar um novo EAM. A família também deve fazer parte deste processo de mudança, exigindo-se cada vez mais a sua intervenção ativa, assim, o apoio familiar adquire grande importância para o processo de adaptação do doente à doença, que ocorre ainda durante o internamento.

No entanto, o diagnóstico de EAM e a hospitalização numa UCIC gera sentimentos de ansiedade e medo no doente, revelando-se também um momento difícil para a sua família que experiencia sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro do seu familiar, assim como alterações no seu quotidiano.

A literatura existente sobre o tema valoriza o papel da família no apoio ao doente, atribuindo uma importância crescente às competências do seu suporte emocional no prognóstico da doença, assim como, a necessidade de capacitar a família para assumir, quando necessário, o papel de prestador de cuidados após a alta. Numa UCI onde o foco do cuidado é o doente em estado crítico, é importante não negligenciar o papel da família e como é importante a sua presença para o doente e para a sua recuperação, tanto durante o internamento como no regresso a casa.

Contudo, reconhecemos que os cuidados prestados ao doente estão ainda direcionados principalmente para os aspetos fisiopatológicos, sendo que a abordagem psicossocial do doente e a integração da família no processo de cuidados são muitas vezes considerados como secundários. Apesar de começar a existir uma maior consciência da sua importância, os profissionais de saúde continuam a ter alguma dificuldade em abordar e envolver a família durante o internamento.

A escolha deste tema resulta da nossa proximidade com o doente cardíaco ao longo destes últimos 15 anos como enfermeira a exercer funções na UCIC, mas também das inquietações pessoais ao observar os familiares, a expressão de angústia nos seus rostos, as questões e dúvidas por eles colocadas, onde sentimos a preocupação por

não compreenderem o que se passa e por não saberem como se devem comportar perante o familiar e naquele ambiente desconhecido. O nosso interesse não se centra apenas nos processos fisiopatológicos do EAM, mas também na forma como cada pessoa lida com a doença, como interpreta a experiência vivida e qual o significado que lhe atribui, numa tentativa de identificar as necessidades da pessoa e de adequar a prática profissional.

Outro motivo para a escolha deste tema foi a experiência pessoal da hospitalização de um familiar direto numa UCI e a disparidade de sentimentos e de alterações que isso provocou, não só a nível pessoal mas também familiar, levando a que encarasse o meio hospitalar e a UCI de uma forma totalmente diferente.

Além da nossa experiência profissional e pessoal e das nossas reflexões pessoais, também contribuiu para a escolha do tema e para o desenvolvimento deste trabalho a reflexão por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem da UCIC sobre a experiência vivida pelo doente internado com EAM na UCIC e seus familiares, assim como a necessidade de compreender essas vivências de forma a facilitar a relação entre equipa de enfermagem, doente e família.

Partindo desta problemática, surge a questão de investigação: “Como é que o EAM é vivenciado pelos doentes e família?”

Deste modo, delineamos como objetivos gerais deste estudo:

- Compreender as vivências dos doentes em relação ao EAM, ao internamento numa UCIC e às vivências dos seus familiares;
- Compreender as vivências dos doentes com EAM em relação ao regresso a casa;
- Compreender as vivências dos familiares dos doentes internados na UCIC em relação à doença do seu familiar e ao seu regresso a casa;

Com este estudo pretendemos contribuir para a melhoria do envolvimento da família durante o internamento do doente com EAM, através da implementação de medidas de otimização e opções estratégicas, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Esperamos também gerar novas reflexões, que conduzirão a novas vertentes e trajetórias para a equipa multiprofissional na direção da saúde da família.

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

De acordo com os objetivos delineados iremos abordar a metodologia adotada para a realização desta investigação, englobando o tipo de estudo, os participantes e o método de recolha de dados e o respetivo tratamento da informação obtida.

2.1 – MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo às características do estudo, e sendo o objeto da investigação as vivências dos doentes e familiares após o EAM, a escolha da metodologia de investigação recaiu sobre a investigação qualitativa. Segundo Fortin (1999, p. 22) este método "observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los", assim, o seu principal objetivo é "descrever ou interpretar, mais do que avaliar". Para Ferreira (2011) este tipo de investigação é descrito como holístico, pois preocupa-se com o indivíduo e o seu ambiente, e naturalista pois o investigador está impossibilitado de impor grandes limitações sobre o estudo, baseando-se "na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como é vivida e definida pelos seus próprios actores" (p. 315).

Para Bogdan e Biklen (1994) a expressão investigação qualitativa é utilizada como um termo que agrupa várias estratégias de investigação que partilham determinadas características, sendo identificadas precisamente cinco caraterísticas:

1) "…a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal" (p. 47) ou seja os investigadores recolhem os dados no próprio contexto do estudo;

2) "a investigação qualitativa é descritiva" (p. 48), sendo que os dados são recolhidos em formas de palavras e os resultados contêm citações feitas com base nos dados, como por exemplo transcrições de entrevistas. Neste tipo de investigação a palavra escrita assume particular importância, tanto para o registo dos dados como para a divulgação dos resultados;

3) "os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos" (p. 49);

4) “os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva” (p. 50), pois não recolhem os dados com o objetivo de confirmar hipóteses construídas previamente, em vez disso, as abstrações são construídas à medida que os dados recolhidos se vão agrupando;

5) “o significado é de importância vital na abordagem qualitativa” (p. 50), os investigadores qualitativos estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas, tendo em consideração as experiências do ponto de vista do informador.

Assim, os dados recolhidos são designados por qualitativos, sendo ricos em pormenores descritivos em relação a pessoas, locais e conversas. Também as questões de investigação são formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural (Bogdan & Biklen,1994).

2.2 – PARTICIPANTES

Neste estudo seguiu-se um método de amostragem intencional, o mais utilizado nos estudos qualitativos, selecionando-se os participantes com base no seu conhecimento específico de uma determinada experiência, com a finalidade de partilhar esse conhecimento, ou seja são aqueles que vivem a experiência (Fortin, 1999; Streubert & Carpenter, 2002). Neste âmbito, uma amostra é considerada apropriada quando resulta da identificação e do uso de participantes que melhor possam proporcionar informações, de acordo com as exigências contextuais desse estudo (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Ao longo da realização deste trabalho foi preocupação da investigadora seguir os pressupostos anteriormente descritos para a seleção dos participantes.

Dada a crescente importância das SCA’s como forma de apresentação clínica da doença coronária, consideramos fundamental que os participantes escolhidos, no caso dos doentes, reunissem os seguintes critérios de inclusão:

- tivessem sido hospitalizados pela primeira vez na UCIC com o diagnóstico clínico de EAMCSST,
- tivessem tido alta há pelo menos 3 meses,
- com capacidade cognitiva para participar na entrevista,
- que aceitassem participar no estudo após consentimento esclarecido,
- que tivessem um familiar que pudesse participar também no estudo.

No caso dos familiares, estes foram selecionados tendo em consideração os seguintes critérios:

- serem a pessoa que se encontra mais próximo do doente, seja em grau de parentesco direto ou de aproximação com o doente, que durante o período de hospitalização o visitou de forma mais regular,
- ter idade superior a 18 anos
- e que aceitaram participar no estudo após consentimento esclarecido.

O estudo decorreu na UCIC do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A escolha deste serviço deveu-se ao facto de este ser o local de trabalho da investigadora, tornando-se assim mais fácil o acesso e a proximidade com os participantes no estudo.

A seleção intencional em conjunto com a escolha do local permite, dentro dos critérios de inclusão, entrevistar indivíduos de diferentes idades, géneros, suporte social e com experiências/vivências da doença distintas.

Porém, não existem critérios ou regras estabelecidas para o tamanho da amostra em estudos qualitativos, por isso, o tamanho da amostra acaba por ser definido em função da finalidade do estudo, da qualidade dos participantes e do tipo de amostragem utilizada (Polit et al., 2004). Segundo Streubert e Carpenter (2002), a colheita de dados termina quando se alcançar a saturação dos dados, ou seja, quando não surgirem novos temas ou informações dos participantes e os dados colhidos se repetirem. Os investigadores estão aptos a alcançar a saturação apenas com um grupo restrito de participantes e durante um tempo específico, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente (Polit et al., 2004; Streubert & Carpenter, 2002). Morse como referido por Streubert e Carpenter (2002) afirma que a saturação pode ser considerada como um mito, pois se um novo grupo de participantes do mesmo assunto for estudado noutro momento, podem ser revelados novos dados. Assim, “o máximo que um investigador qualitativo pode esperar em termos de saturação, é obter o efeito numa cultura específica ou num fenómeno, em determinado momento” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 26).

2.2.1 – Características dos Participantes

A amostra foi constituída por doze participantes, dos quais seis são doentes e seis são os seus respetivos familiares. No Quadro 1 apresentam-se as características dos participantes, cujas idades variaram entre os 46 e 70 anos para os doentes e entre os

30 e os 57 anos nos familiares. Em relação ao género dos participantes, a amostra total é constituída por seis indivíduos do sexo masculino e por seis indivíduos do sexo feminino, distribuídos de igual forma por doentes e familiares. Em relação ao estado civil verificámos que na amostra dos doentes três participantes eram casados e três eram viúvos. Na amostra dos familiares quatro participantes eram casados, um era solteiro e um era divorciado. No que diz respeito às habilitações literárias dos participantes, seis frequentaram o ensino primário, cinco frequentaram o ensino secundário e apenas um frequentou o ensino superior, com os doentes a apresentarem habilitações inferiores (5 com a 4.ª classe e 1 com o 5º ano). Analisando a situação profissional dos participantes, na amostra dos doentes apenas um participante estava reformado, enquanto os restantes cinco se mantinham em situação laboral ativa (1 encarregado de obras, 1 empregado de café, 1 pedreiro e 2 domésticas). Todos os familiares se encontram em situação laboral ativa. Finalmente, em relação ao grau de parentesco do familiar participante todos eram familiares em grau de parentesco direto: 3 eram filho/a, 1 namorado, 1 como nora e 1 como esposa. A maioria dos participantes familiares eram a pessoa que mais visitou o doente durante o internamento na UCIC, à exceção da participante que se identificou como nora, neste caso era o filho que visitou mais vezes a doente mas este recusou participar no estudo referindo que se emocionava muito a falar sobre esse episódio.

Quadro 1 - Características dos Participantes

Participante	Idade	Género	Estado Civil	Habilitações literárias	Profissão	Grau de Parentesco
D1	46	F	Viúva	5º Ano	Doméstica	__
D2	65	M	Casado	4ª Classe	Encarregado de Obras	__
D3	70	F	Viúva	4ª Classe	Reformada	__
D4	59	M	Casado	4ª Classe	Empregado de Café	__
D5	65	F	Viúva	4ª Classe	Doméstica	__
D6	55	M	Casado	4ª Classe	Pedreiro	__
F1	39	M	Divorciado	9º Ano	Serralheiro Civil	Namorado
F2	37	M	Casado	8º Ano	Encarregado Geral de Obras	Filho
F3	40	F	Casada	12º Ano	Auxiliar de Ação Educativa	Nora
F4	57	F	Casada	4ª Classe	Doméstica	Esposa
F5	30	F	Solteira	12º Ano	Empregada de Balcão	Filha
F6	34	M	Casado	Mestrado	Arquiteto	Filho

Fonte: Desenhado pela investigadora

Para manter o caráter anónimo dos participantes, foi atribuído a cada grupo de participantes um código constituído por uma letra e a cada entrevista um número. Deste modo foi atribuído aos doentes o código D e aos familiares o código F. Importa referir que o número definido para o doente vai ser igual para o seu respetivo familiar, por exemplo, o familiar identificado com F1 corresponde ao doente identificado com D1.

Após a exposição da escolha dos participantes e das suas características, é apresentado de seguida o processo de colheita informação e o respetivo instrumento de colheita.

2.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

A recolha de dados é uma das etapas mais significativas num trabalho de investigação, levando a que a escolha e elaboração do instrumento de colheita de dados assumam grande importância. Segundo Fortin (1999), os dados podem ser colhidos de diversas formas, devendo o investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo e às questões de investigação formuladas.

Para Bogdan e Biklen (1994) na investigação qualitativa a entrevista é usada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, o que vai permitir ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo. Fortin (1999) refere que a entrevista é um processo planificado que se apoia no testemunho dos participantes, permitindo colher informações sobre factos, ideias, comportamentos, sentimentos, preferências, expectativas e atitudes, sendo considerada também como um instrumento de observação que exige dos que a executam uma grande disciplina. Por isso, a concentração e a participação rigorosa no processo de entrevista aumentam o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados (Streubert & Carpenter, 2002).

Mas, as entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação, enquanto algumas se centram em tópicos determinados, outras são guiadas por questões gerais. Porém, mesmo quando é utilizado um guião, estas entrevistas fornecem ao investigador uma variedade de temas considerável e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo (Bogdan & Biklen, 1994).

Para Fortin (1999) as entrevistas variam de acordo com o grau de liberdade deixado aos interlocutores e com o grau de profundidade da investigação, distinguindo-se dois

tipos de entrevista: a estruturada, que usa questões fechadas e que requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida; e a não estruturada, em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, sendo deixadas à discrição do entrevistador. Mas, apesar de ser mais flexível, a entrevista não estruturada também apresenta graus de estrutura, dividindo-se em: parcialmente estruturada ou semiestruturada onde existe uma lista de temas a cobrir e as questões formuladas a partir desses temas; não estruturadas em que os entrevistados são encorajados a falar livremente dos temas propostos pelo investigador (Fortin, 1999).

Desta forma, Polit et al. (2004) referem que nas entrevistas semiestruturadas o entrevistador usa um guia de tópicos escritos de forma a garantir que todas as áreas das questões sejam abrangidas, sendo que a "função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia" (p. 252). Ferreira (2011) afirma que "a maior parte das questões surgem do que é dito pelo sujeito, estabelecendo o fenómeno como foi vivido e explorando os diferentes aspectos em conjunto, tão profundamente quanto seja possível, iniciando-se de preferência com o prenome "O que o" "como" e não "porquê"" (p. 322).

Estas entrevistas geralmente são longas e a forma de registar toda a informação é bastante difícil, enquanto alguns investigadores tomam notas abreviadas durante a entrevista completando os detalhes após o seu término, outros optam pela gravação da entrevista e sua transcrição posteriormente (Polit et al., 2004).

Seguindo estas orientações, neste estudo de investigação os dados foram colhidos através da entrevista semiestruturada, registada em formato áudio. Foram elaboradas perguntas abertas que proporcionaram aos participantes explicarem e falarem da sua experiência sobre o fenómeno em estudo e deste modo possibilitar uma maior amplitude de obtenção de respostas.

Assim, para a realização da entrevista foi utilizado um guião para cada grupo de participantes, doentes (Apêndice I) e familiares (Apêndice II), elaborados pela investigadora com a finalidade de orientar as questões fundamentais face aos objetivos do estudo.

Os guiões dos doentes e familiares são constituídos por: i) apresentação pessoal e profissional do investigador, assim como a apresentação do tema em estudo e dos objetivos específicos, sendo também apresentado e explicado o método de recolha de dados e obtido o consentimento do participante através da assinatura do Termo de Consentimento e a permissão para gravação da entrevista; ii) recolha de dados sócio-

demográficos para caraterização do entrevistado; iii) exposição das questões que permitem a recolha de dados para responder às questões de investigação; iii) finalização da entrevista, através de um resumo da informação recolhida e pela confirmação da mesma pelos participantes, uma última pergunta para saber se o entrevistado quer incluir mais alguma informação, sendo a entrevista finalizada com um agradecimento pela colaboração, atenção e tempo despendido.

Segundo Streubert e Carpenter (2002) as entrevistas geralmente devem ser realizadas face a face e para facilitar a partilha de informação pelos participantes é boa prática entrevistar quando e onde for mais confortável para eles. Ou seja, quanto mais confortável o participante estiver, mais facilmente revela a informação procurada.

Neste estudo, as entrevistas ocorreram no período de 23 de Agosto de 2014 e 11 de Março de 2015, todas foram realizadas no domicílio dos participantes, tiveram uma duração média de 35 minutos e durante a entrevista apenas o participante e o investigador estiveram presentes.

Todos os participantes foram contactados telefonicamente pela investigadora, com a finalidade de dar a conhecer o tema em estudo e os objetivos do trabalho, assim como a intenção da divulgação dos resultados finais em âmbito académico. Após a certeza que todos os participantes entendiam esta explicação e que concordavam em participar, foram agendadas as entrevistas em local escolhido pelos participantes e mediante a disponibilidade por eles demonstrada. Foi assegurado aos participantes o sigilo dos depoimentos, a possibilidade de recusa e de desistência em qualquer momento do estudo.

Em qualquer investigação realizada os procedimentos formais e éticos são imprescindíveis, por isso, no subcapítulo seguinte iremos debruçarmo-nos sobre esse tema.

2.4 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ética é definida no dicionário português como a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. Fortin (1999) define ética como sendo “o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (p. 144). Bogdan e Biklen (1994) referem que em investigação “a ética consiste nas normas relativas aos procedimentos considerados correctos e incorrectos por determinado grupo” (p. 75).

Em qualquer investigação que envolva pessoas surgem questões éticas, deste modo, o investigador deve ter em atenção que para a aquisição de conhecimentos existem limites que não podem ser ultrapassados. Bogdan e Biklen (1994) referem duas diretrizes no âmbito da ética em relação à investigação com seres humanos: i) o consentimento informado, em que os indivíduos colaboram voluntariamente na investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações neles envolvidos; ii) e a proteção dos indivíduos contra qualquer espécie de danos, uma vez que estes não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir.

Além disso, foram determinados pelos códigos de ética cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: i) direito à autodeterminação, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas e em que o indivíduo tem o direito de decidir livremente se quer ou não participar na investigação. De acordo com o artigo 9º do Código de Nuremberga, a pessoa deve ser informada do seu direito de retirar-se da investigação em qualquer momento, sem ter que se justificar e sem que isso lhe cause qualquer prejuízo; ii) direito à intimidade, o investigador é responsável por garantir que o estudo é o menos invasivo possível e que a intimidade do indivíduo está protegida, tendo também o indivíduo a liberdade de decidir a extensão da informação a partilhar com o investigador; iii) direito ao anonimato e à confidencialidade, garantido quando a identidade dos participantes não pode ser associada às respostas individuais; iv) direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo que está relacionado com as regras de proteção da pessoa contra inconvenientes capazes de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem; v) direito a um tratamento justo e equitativo, garantido antes, durante e após a participação no estudo de investigação, passando pelo direito a ser informado sobre a natureza, o fim, a duração e os métodos usados na investigação em que participa mas também que a escolha dos indivíduos esteja diretamente ligada ao problema de investigação (Fortin, 1999).

Assim, Bogdan e Biklen (1994) explicitaram alguns princípios gerais que orientam a investigação qualitativa:

> 1. As identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo. O anonimato deve contemplar não só o material escrito, mas também os relatos verbais da informação recolhida durante as observações (…).
>
> 2. Os sujeitos devem ser tratados respeitosamente e de modo a obter a sua cooperação na investigação. Ainda que alguns defendam o uso da

> investigação dissimulada, verifica-se consenso relativo a que na maioria das circunstâncias os sujeitos devem ser informados sobre os objectivos da investigação e o seu consentimento obtido (…)
>
> 3. Ao negociar a autorização para efectuar um estudo, o investigador deve ser claro e explícito com todos os intervenientes relativamente aos termos do acordo e deve respeitá-lo até à conclusão do estudo (…)
>
> 4. Seja autêntico quando escreve os resultados. Ainda que as conclusões a que chega possam, por razões ideológicas, não lhe agradar, e se possam verificar pressões por parte de terceiros para apresentar alguns resultados que os dados não contemplam, a característica mais importante de um investigador deve ser a devoção e fidelidade aos dados que obtém (…). (p. 77)

Seguindo estes pressupostos, durante a realização deste estudo de investigação, a identidade dos participantes nunca foi associada às respostas individuais, sendo sempre apresentada de forma codificada, garantindo-se assim o anonimato e a confidencialidade. Assim, ao longo do processo de análise da informação, foi atribuído aos participantes uma sigla composta por uma letra e um número que representa a entrevista, aos participantes doentes foi atribuída a letra D e aos participantes familiares a letra F.

Foi explicado a todos os participantes a possibilidade de recusarem a participação no estudo e considerado o direito à intimidade, explicando que só os participantes decidem a extensão da informação que desejam partilhar.

Em relação ao consentimento, este deve ser obtido de forma livre, sem exercer nenhuma ameaça ou promessa sobre a pessoa, encontrando-se esta na posse das suas faculdades mentais. Deve ser um consentimento esclarecido, tendo o investigador o dever de informar a pessoa sobre os elementos essenciais à sua participação (Fortin, 1999). Assim, foi dado conhecimento a todos os participantes a finalidade e os objetivos a alcançar com o estudo, assim como os critérios de inclusão no estudo e os instrumentos de recolha de dados utilizados, sendo depois obtido o consentimento de todos os participantes através da assinatura do Termo de Consentimento elaborado pela investigadora e a permissão para gravação da entrevista (Apêndice III).

Foi elaborado um pedido para a realização deste estudo ao Conselho de Administração do CHUC (Apêndice IV), tendo o mesmo sido submetido e aprovado

pela Comissão de Ética para a Saúde do CHUC a 21 de Outubro de 2013, com a referência n.º 053-13 (Anexo I).

Após a enumeração dos vários aspetos éticos inerentes a uma investigação, iremos abordar o processo utilizado para a análise da informação obtida.

2.5 – ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa é uma atividade intensa, exigindo criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo, não prossegue de uma forma linear, por isso, pode ser considerada mais complexa e difícil que a análise quantitativa (Polit et al., 2004). Para Banonis como referido por Streubert e Carpenter (2002) o propósito da análise dos dados é "preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo" (p. 69). A análise dos dados pode ser considerada como uma etapa vital que se reveste de alguma complexidade e morosidade.

Por isso, a análise dos dados numa investigação qualitativa, começa quando se inicia a colheita de dados, pois à medida que são efetuadas as entrevistas ou as observações, os investigadores "mantêm e revêem constantemente os registos para descobrir perguntas adicionais que necessitam fazer ou para apresentar descrições dos seus achados" (Streubert & Carpenter, 2002, p. 32). Mas além da análise feita ao longo do estudo, existe um período posterior de imersão, no final da colheita de dados, em que os investigadores questionam todas as conclusões prévias, de forma a esclarecer o que descobriram no contexto do todo (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, a análise de dados pode ser definida como o processo de busca e organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais, cujo objetivo é aumentar a própria compreensão desses mesmos materiais e de permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve trabalho com os dados, com a sua organização e divisão em unidades manipuláveis, com a síntese, a procura de padrões, a descoberta dos aspetos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros (Bogdan & Biklen, 1994). Como é das experiências dos participantes que irão emergir os achados da investigação, torna-se importante que estas experiências sejam relatadas segundo a perspetiva dos sujeitos que as vivenciaram, levando à inclusão de citações e comentários dos participantes no trabalho escrito final (Streubert & Carpenter, 2002). Polit et al. (2004) afirmam que se o investigador resumir os achados de uma análise

qualitativa sem incluir inúmeros excertos dos participantes, a riqueza dos dados originais desaparecerá.

Desta forma, após a realização das entrevistas, o investigador transcreveu-as na íntegra em suporte informático, formato Word®, apoiando-se no registo áudio, incluindo também as anotações que foi fazendo no decorrer das entrevistas, e em seguida foi realizada cópia escrita para facilitar o rápido acesso, deste modo foi possível fazer a organização dos dados antes da sua análise propriamente dita. O *verbatim* foi transcrito no mesmo dia da realização das entrevistas, para evitar a perda de informação. Pode-se afirmar que o processo de transcrição foi moroso, pois cada entrevista foi ouvida várias vezes de forma a detetar possíveis erros de transcrição.

Após a transcrição, como metodologia de análise, recorremos à técnica de análise de conteúdo que, segundo Pardal e Lopes (1995), consiste "numa técnica de investigação através da qual se viabiliza, de modo sistemático e quantitativo a descrição do conteúdo da comunicação (…) incide sobre a captação de ideias e significações da comunicação" (p. 72). Bardin (2011) descreve este processo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações com vista a obter, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/receção dessas mensagens. A análise de conteúdo terá, assim, como principais objetivos ultrapassar a incerteza e o enriquecimento da leitura. Pretende-se com esta técnica avaliar se a leitura realizada pelo investigador é válida e generalizável, bem como, através de uma leitura atenta, descobrir novos conteúdos que confirmam o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações suscetíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que à priori não se detém a compreensão. A análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta (Bardin, 2011).

Bodgan e Biklen (1994) consideram o desenvolvimento de um sistema de categorias de codificação um passo crucial na análise dos dados, quando o investigador após a recolha dos dados se prepara para os organizar. As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos. O investigador analisa os dados na tentativa de encontrar tópicos e padrões, escrevendo as palavras e frases que os representem, designadas por categorias de codificação. A denominação específica da codificação dependerá do tema do investigador.

Também Polit et al. (2004, p.358) entendem que a finalidade da análise dos dados na análise qualitativa é “organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa”. Para as autoras a ausência de procedimentos analíticos sistemáticos dificulta a apresentação dos resultados principalmente em relação à sua validade. O primeiro passo da análise qualitativa, segundo as mesmas autoras, consiste no desenvolvimento de um método para classificar e indexar os materiais, os dados são convertidos em unidades menores, mais controláveis que possam ser revistas. Utiliza-se um esquema de classificação, codificando-se os dados de acordo com as categorias, baseadas no escrutínio de dados reais. Os conceitos importantes que emergem dos dados recebem um rótulo, que constitui a base do esquema de classificação. Após operado o esquema de classificação, procede-se à revisão dos dados quanto ao conteúdo sendo codificados para corresponderem às categorias identificadas.

O desenvolvimento de um sistema de codificação começa quando o investigador percorre os dados na procura de regularidades e padrões, ou seja, certas palavras, frases, comportamentos, formas de pensar ou acontecimentos que se repetem ou destacam, estas são as unidades de sentido ou de significação. Em seguida, escreve palavras e frases que representam esses tópicos e padrões. Estas palavras e frases são as categorias de codificação e servem para classificar os dados descritivos recolhidos (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 1999).

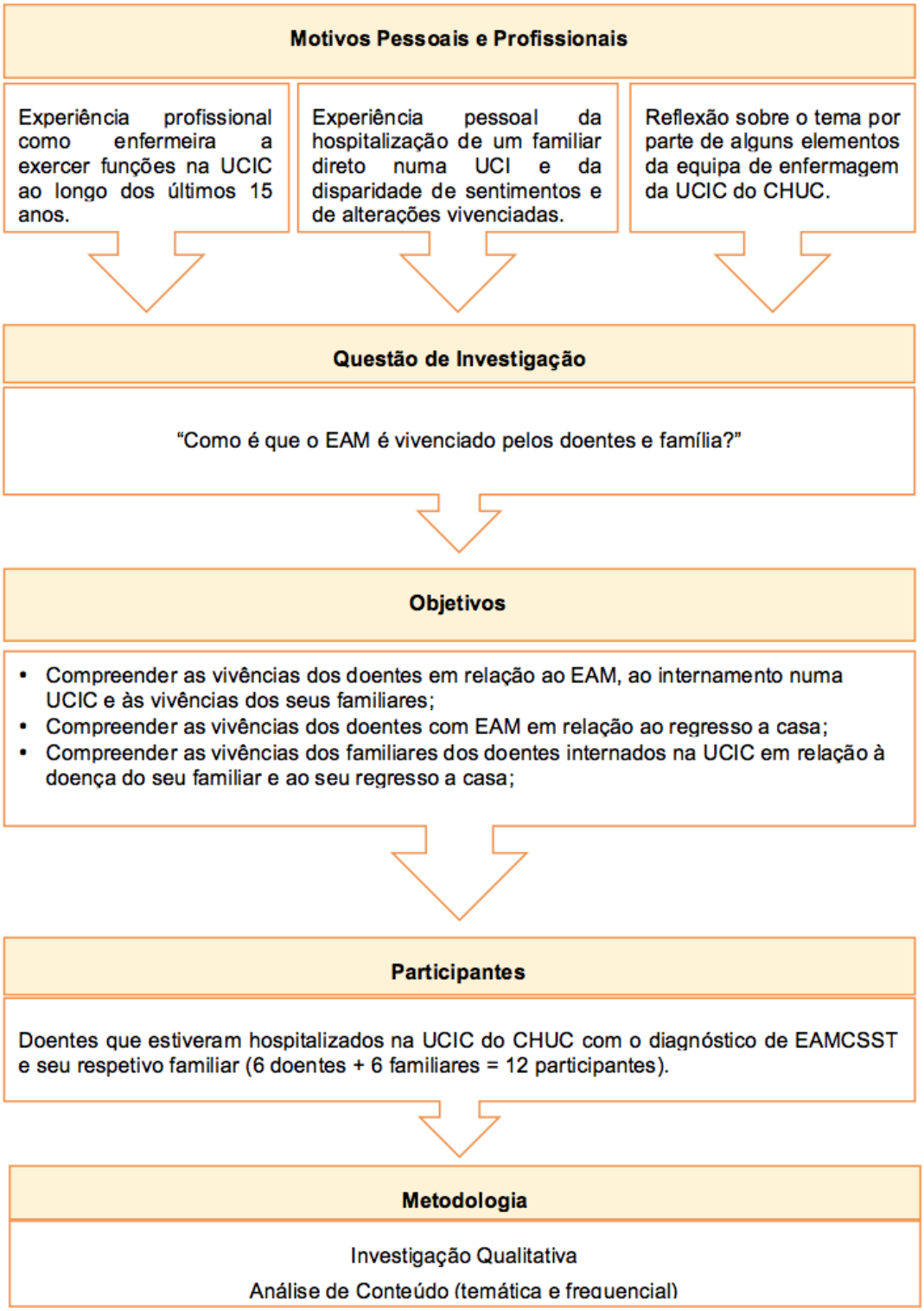
As entrevistas foram estudadas com o apoio de um programa de tratamento de dados qualitativos, o software ATLAS.ti versão 5.0. Este software não substitui o investigador no processo de categorização, apenas permite uma melhor organização da informação e da sua estruturação.

Neste estudo participaram dois grupos amostrais diferentes mas intimamente relacionados: os doentes e os seus familiares. Ponderou-se, portanto, se os resultados deveriam ser apresentados de forma separada ou não, por exemplo, com uma codificação para os doentes e outra codificação separada para os familiares. Contudo, verificou-se que as temáticas que afloraram no decorrer das entrevistas foram muito semelhantes em ambos os grupos, ainda que com matizes diferentes, já que os doentes viveram diretamente a doença e os familiares apenas indiretamente. Além disso, assume-se uma perspetiva de unicidade no sistema familiar, não se visando o espartilhamento de visão de uns e outros, mas procurando-se antes a confluência de perspetivas sob um todo integrado. Estudos anteriores apresentaram já de forma separada as visões destes dois grupos. Um dos pontos fortes deste trabalho é precisamente a recolha de visões destes dois atores centrais do processo de

cuidados. Por isso, decidiu-se apresentar os resultados em conjunto, ainda que diferenciando as vivências de um grupo e de outro.

Finalizada a abordagem referente à metodologia, onde tentámos transmitir como em termos de metodologia decorreu todo o estudo, achamos pertinente a apresentação da Figura 4, elaborada pela investigadora e que representa um resumo para um melhor entendimento de todo o processo.

Figura 4 – Percurso da Investigação



Fonte: Desenhado pela investigadora

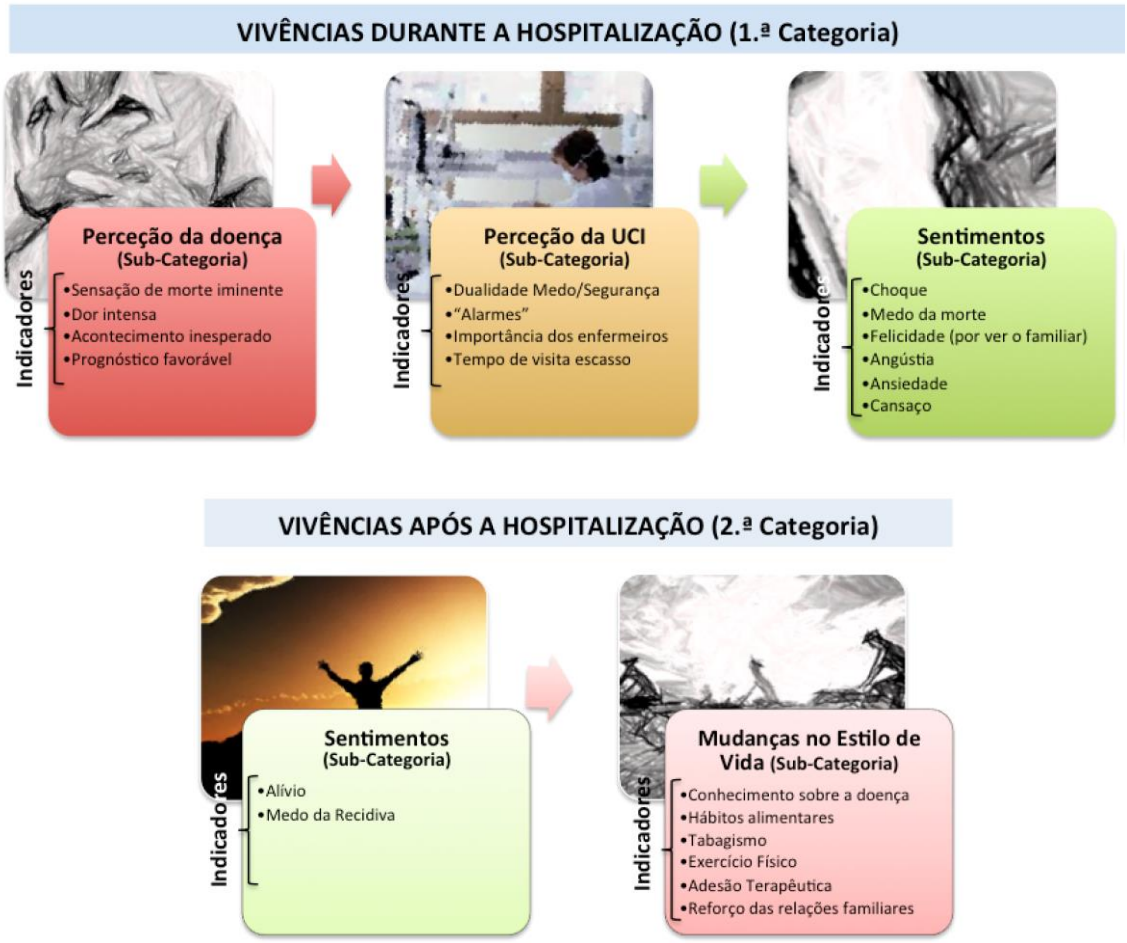
PARTE III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Posteriormente à leitura repetida das entrevistas realizadas, foi possível construir uma categorização a partir das mesmas, que tornou mais fácil a compreensão do fenómeno em estudo, mais especificamente dos objetivos específicos/questões de investigação delineados para o trabalho. Deste modo, foram identificadas categorias, que por sua vez foram subdivididas em subcategorias e posteriormente em indicadores, correspondentes a nomes mais específicos e que refletem mais diretamente o conteúdo das entrevistas.

Como já referido, optou-se pela apresentação de uma categorização conjunta de doentes e seus familiares, ainda que diferenciando as vivências de uns e de outros, apresentando pontos de confluência e divergência em termos de significados da experiência. Na Figura 5 apresenta-se uma representação esquemática do fenómeno, que se divide em duas categorias: as “VIVÊNCIAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO” e as “VIVÊNCIAS APÓS HOSPITALIZAÇÃO”. A primeira categoria subdivide-se em "Perceção da doença", "Perceção da UCI" e "Sentimentos", cada uma com os respetivos indicadores. A segunda categoria subdivide-se em "Mudanças no estilo de vida" e também em "Sentimentos".

Figura 5 - Representação esquemática do fenómeno "Vivências dos doentes e familiares após Enfarte Agudo do Miocárdio"



Fonte: Desenhado pela investigadora

De seguida realiza-se a descrição mais pormenorizada de cada uma destas categorias, subcategorias e indicadores.

1.1 – VIVÊNCIAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

A primeira categoria subdivide-se em três subcategorias, nomeadamente a **Perceção da doença**, a **Perceção da UCI** e **Sentimentos**.

1.1.1 – Perceção da Doença

Esta primeira subcategoria refere-se ao conjunto de situações vivenciadas pelos doentes e familiares desde os primeiros momentos depois do EAM, nomeadamente desde o início das dores intensas que sentiram até à perceção imediata da morte e,

finalmente, até tomarem conhecimento de que o prognóstico era, felizmente, positivo, com os doentes a evoluírem favoravelmente.

Sensação de morte iminente

É clara a perceção imediata da morte, principalmente por parte dos doentes entrevistados. Um dos pensamentos foi o de não voltarem a ver a família, assim como o pensamento de "deixar a vida para trás". Dois familiares também descreveram igualmente a reação tida pelos seus familiares no dia em que sofreram o EAM.

> ***(D1: F., 46a)*** *Mas de manhã já me levantaram, lavei-me sozinha, sentia-me bem, não era daquela que eu morria, pensei eu (risos). Agora rio-me mas quando lá estava nem tinha vontade de falar nos primeiros dias*
>
> ***(D2: M., 65a)*** *ainda os consegui ver porque pensei que ia desta para melhor e não os via mais (risos);* ***(F2: filho, 37a)*** *Nunca me esquece quando ele nos viu na primeira vez, a rir-se disse uma coisa do género "ainda os consigo ver, pensei que ia desta para melhor, pensei que não os via mais"*
>
> ***(D4: M., 59a)*** *comecei a pensar na minha vida, o que deixava, sabe, mas já passei por tanta coisa que isto foi mais uma.*
>
> ***(D5: F., 65a)*** *senti que podia não voltar para casa, para as minhas meninas*
>
> ***(D6: M., 55a)*** *Quando eu fui internado não ia muito bem não, só pensei que morria;* ***(F6: filho, 34a)*** *A minha mãe diz que ele se agarrava ao peito e dizia que não aguentava, que parecia que ia morrer*

Dor intensa

A perceção de que iam morrer foi também acompanhada pelas dores intensas que vários doentes referem ter sentido no momento do EAM.

> ***(D2: M., 65a)*** *Sabe que eu fui para lá quase em coma, tinha tantas dores que acho que cheguei a desmaiar* ***(F2: filho, 37a)*** *Encontrei-o deitado no chão … pálido, cheio de dores agarrado ao peito.*
>
> ***(D4: M., 59a)*** *eu não me lembro de ter uma dor como aquela, parecia que ia rebentar*
>
> ***(D6: M., 55a)*** *não aguentava tanta dor, pressão ou o que era no peito, não passei lá muito bem;*

Acontecimento inesperado

O EAM surge como um acontecimento totalmente inesperado, de forma muito semelhante (em número de testemunhos) entre doentes e seus familiares. A não associação do EAM à idade ou a possíveis fatores de risco foi a maior surpresa, ou seja, foi uma situação que nunca tinham pensado acontecer em pessoas tão novas e que não tinham queixas a nível cardíaco.

(D1: F., 46a) *eu alguma vez pensei que podia ter um enfarte, tão nova, nunca pensei;* ***(F1: namorado, 39a)*** *Quando a médica me chamou e disse que era um enfarte, pensei que ela era muito nova para isso*

(D2: M., 65a) *sabe como é uma pessoa pensa que estas coisas nunca acontecem;* ***(F2: filho, 37a)*** *Ele nunca se queixou do coração, tinha dores nos ossos que ele diz que é da idade, mas nunca se queixou do coração, foi um susto muito grande.*

(D4: M., 59a) *que tinha sido o tabaco e as sandes de leitão que eu como lá no café, que eu não tenho cuidado, coisas de mulher…;* ***(F4: esposa, 57a)*** *ele fumava muito mas eu nunca estava à espera disto*

(D5: F., 65a) *se não fosse a minha filha eu não chamava a ambulância, cá ficava se calhar, não é? Mas pronto, cá estou ainda, graças a Deus.;* ***(F5: filha, 30a)*** *Eu sabia que tinha sido de coração porque eles ligaram-lhe logo os fios mas nunca pensei que era um enfarte, ela nunca se queixava de nada (...) e ainda era nova, quer dizer, eu pensava que isso só dava aos mais velhos, com 80 anos, sei lá*

(F6: filho, 34a) *o meu pai nunca teve queixas, até tem um emprego de esforço (é pedreiro) mas pronto, eu sabia que ele tinha o colesterol alto, mas foi uma surpresa*

Prognóstico favorável

Depois do susto inicial, familiares e doentes tiveram a perceção do momento em que a melhoria do estado clínico do doente estava a acontecer. E conseguiram perceber esta situação principalmente no momento em que foram transferidos para a enfermaria, ou depois de fazerem alguns exames.

(D1: F., 46a) *depois passei para o outro quarto com mais duas senhoras e fiquei mais descansada;* ***(F1: namorado, 39a)*** *só descansei mais quando me disseram que o exame correu bem e que ela ia ficar internada.*

(D3: F., 70a) *o importante era que eu sentia-me bem, já só queria vir para casa;* ***(F3: nora, 40a)*** *Depois de ela passar para a enfermaria, como parecia estar melhor, deixei de ir todos os dias.*

(D5: F., 65a) *Então quando passei para os outros quartos, para ao pé das outras senhoras, aí sim, já estava bem*

(F4: esposa, 57a) *Logo na primeira visita ele já andava levantado, coisa que eu não esperava*

(F6: filho, 34a) *apesar da situação e do meu receio, saía de lá sempre com boas noticias e com esperança que o próximo dia ia ser melhor. E assim foi, ele acabou por recuperar bem e teve alta, parecia que não tinha sido nada com ele.*

1.1.2 – Perceção da Unidade de Cuidados Intensivos

Depois da perceção do acontecimento/doença, há descrição da perceção do ambiente de cuidados, quer em termos de materiais/equipamentos, quer também a importância dos enfermeiros numa UCI.

Dualidade medo/segurança

O ambiente de cuidados intensivos é altamente associado à seriedade e gravidade da situação de doença, sobretudo por parte dos familiares. Toda a panóplia de fios de soros, de fios de monitores, de monitores e alarmes aproxima os participantes do imaginário da morte, tão pior quanto maior for a solidão inspirada por aquele local, como referiu um doente.

> ***(F2: filho, 37a)*** *ainda por cima nestes sítios, uma pessoa pensa logo o pior*
>
> ***(F3: nora, 40a)*** *Mas sabes que a primeira vez que a fui visitar, lá nos cuidados intensivos fiquei um bocado…ah ah…impressionada, aqueles quartos sozinhos, ela cheia de fios e soro e os apitos das máquinas*
>
> ***(F4: esposa, 57a)*** *O primeiro quarto onde ele esteve, aquilo metia respeito, sozinho num quarto, tantos fios, aquelas máquinas todas.*
>
> ***(D5: F., 65a)*** *a primeira vez estavam mais assustadas que eu, só diziam " Ó mãe, tantos fios no peito, tu estás mesmo bem? Sentes-te bem? Foi um susto grande."* ***(F5: filha, 30a)*** *e depois uma pessoa entra ali, é só máquinas com soros de volta dela, o monitor sempre a controlar o coração dela,*
>
> ***(D6: M., 55a)*** *Aquilo lá é um bocado complicado, estava lá sozinho, sempre a magicar, a pensar que se calhar não escapava, foi isso que eu pensei muitas vezes;* ***(F6: filho, 34a)*** *Quando li é que me apercebi do que era a UCIC que nos disseram nas urgências, depois tocar à campainha antes de entrar, nunca tal me tinha acontecido, comecei a pensar que a coisa estava pior do que nos disseram, para mim cuidados intensivos era uma coisa séria, grave, muito grave mesmo*

Contudo, tanto doentes como familiares também perceberam que os cuidados intensivos são um serviço específico no qual as pessoas necessitam estar internadas durante algum tempo para estabilizar a sua situação e aliviar as dores.

> ***(D3: F., 70a)*** *Claro que eu não gostei, nem nada disso, nunca tinha estado nos cuidados intensivos ligada às máquinas, mas quando eu lá cheguei já não tinha dores, nem mal-estar, por isso achei-me bem e nem dei grande importância.*
>
> ***(F1: namorado, 39a)*** *a Srª Doutora nas urgências disse, eu nem estava a contar, pensei que ela tinha ficado mal, mas a médica disse que era para ficar mais controlada*

"Alarmes"

Sobretudo os doentes reportaram-se ao ruído inquietante dos alarmes dos monitores, dizendo que por vezes era suficiente um pequeno movimento para o alarme soar. Os alarmes são um tipo de ruído que permanece de forma duradoura na memória destas pessoas. Um familiar também se referiu à grande capacidade que as pessoas internadas precisam de ter para suportar este barulho.

(D3: F., 70a) *A minha nora fazia-lhe confusão o barulho dos apitos, ficava muito aflita e dizia que não sabia como é que eu aguentava.* ***(F3: nora, 40a)*** *"não sei como tu aguentas, deves vir para casa com os apitos nos ouvidos*

(D4: M., 59a) *cada vez que me mexia ouvia a máquina apitar*

(D5: F., 65a) *Depois fiquei lá internada, naquele quarto, sozinha, estava com muitos soros, cheia de fios, lembro-me dos apitos*

(D6: M., 55a) *sempre que ouvia um apito, eu acho que às vezes nem eram meus os apitos, mas ficava sempre aflito, nunca me tinha visto numa coisa daquelas*

Importância dos enfermeiros

A importância da equipa de enfermagem no acompanhamento aos doentes foi evidenciada principalmente pelos seus familiares. Estes referiram que a presença dos enfermeiros serviu para lhes transmitirem confiança, quer relativamente a informações fornecidas durante o internamento, quer sobre informações úteis antes da alta.

(D1: F., 46a) *mas as enfermeiras iam lá de vez em quando ver o braço se sangrava ou não, era um alívio quando as via… ;* ***(F1: namorado, 39a)*** *há sempre alguém que tenta informar o que é que se está a passar. Isso foi bom para mim.*

(D2: M., 65a) *Perguntava também se eu estava melhor, como é que estava a correr as coisas comigo, o esquema lá dentro. (por preocupação)* ***(F2: filho, 37a)*** *se ele teve alta é porque estava tudo bem e foi-nos explicado os cuidados a ter com a comida, os medicamentos...*

(F3: nora, 40a) *Antes de ela vir embora, disseram que o coração já estava todo desentupido, que ela vinha bem era tomar a medicação, controlar a tensão, e comer mais cozidos e grelhados e mais legumes.*

(D5: F., 65a) *mas a enfermeira depois lá me explicou que como não tinha vomitado ia-me tirar aquela sonda do nariz (refere-se à SNG)*

(D6: M., 55a) vocês estão sempre por lá***; (F6: filho, 34a)*** *Mas, tenho-lhe a dizer, até felicitar que a vossa equipa sempre me transmitiu confiança (…) sabiam-nos esclarecer sobre o que estava a passar-se com o meu pai, gostei muito mesmo*

Tempo de visita escasso

O limite temporal nas visitas foi um dos aspetos mais relatado nas entrevistas e sentido de forma equivalente quer pelos doentes quer pelos seus familiares. Apesar disso, houve um familiar que demonstrou compreender que as pessoas internadas neste tipo de serviço devem repousar e estar o mais calmas possível.

(D1: F., 46a) *Só era pena ser tão pouco tempo, havia de ser mais tempo as visitas;* ***(F1: namorado, 39a)*** *as visitas eram pouco tempo*

(D3: F., 70a) *mas depois no outro lado (refere-se aos cuidados intermédios) ele já ia mais à vontade, já era diferente, tu sabes, estás lá dentro, já não é tão controlado, eu já andava mais de pé, é diferente.* ***(F3: nora, 40a)*** *nos primeiros dias, nos cuidados intensivos as visitas eram poucas*

(D4: M., 59a) *Tu sabes, aquilo lá é só 2 pessoas;* ***(F4: esposa, 57a)*** *e depois as visitas eram só duas vezes e pouco tempo*

(D6: M., 55a) *(…) tive visitas todos os dias mas é pouco tempo*

(F2: filho, 37a) *É um sítio onde eles precisam de estar sossegados e descansados, temos que cumprir com as regras*

1.1.3 – Sentimentos

No que respeita a sentimentos vividos por doentes e familiares no âmbito do internamento na UCIC foi descrita uma variedade de sentimentos, na sua maioria de índole negativa/negativista, como o choque, o medo da morte, a angústia, a ansiedade e o cansaço, sendo que a felicidade (por ver o familiar) foi o único sentimento positivo relatado.

Choque

O acontecimento do EAM foi sentido como algo súbito, sobretudo para os familiares, o que conduziu, em parte, a uma desregulação da vida quotidiana das famílias.

(D2: M., 65a) *uma pessoa fica assim um bocado chocado, ainda mais nestes sítios (hospital e cuidados intensivos)…;* ***(F2: filho, 37a)*** *Mas senti-me desorientado, senti que a minha vida tinha ficado de cabeça para baixo (riso) e mais não era eu que estava lá internado.*

(F5: filha, 30a) *Sabe que eu vivo com ela e estou habituada a ser ela a fazer tudo, por isso cá em casa ficou tudo desorientado (…) ficou tudo uma confusão (…)olhe era como eu me sentia, que a vida estava uma confusão, de pernas para o ar era isso"*

(F6: filho, 34a) *foi mais um susto, foi isso*

Medo da morte

O medo da sua própria morte ou da morte do seu familiar foi o sentimento mais relatado nas entrevistas por ambos os grupos de entrevistados. O cenário da UCIC, com todos os ruídos e equipamentos já anteriormente mencionados, o facto de se sentirem muito sós, o medo de terem outro enfarte, proporcionou o medo da morte estar sempre muito presente, mesmo depois de terem tido alta.

(D1: F., 46a) *depois aquilo tudo, fios no peito e sozinha no quarto, foi um bocado complicado, tive um bocado de medo… tive medo de morrer…* ***(F1: namorado, 39a)*** *ia muito nervoso, sabe eu estou separado e ela é a minha namorada, sabe como é… estava com medo de ficar sem ela*

(D2: M., 65a) *quando fiquei melhor e comecei a levantar-me é que notei o quanto aquilo assusta, o estar sozinho, sem nada para fazer, a olhar sempre para o mesmo…* ***(F2: filho, 37a)*** *Eu e a minha mãe nem falávamos, eu pensava cá para mim que devia ser muito mau, pensei que nos vinham dizer que ele...pronto… que ele não escapava.*

(F3: nora, 40a) *além disto tudo, era o meu marido com a aflição de poder ficar sem a mãe, já sem o pai, depois dizia que ela podia ficar afetada, sei lá, foi complicado (...) a situação era séria, o coração não é para brincadeiras*

(F4: esposa, 57a) *Eu acho que ele ganhou algum medo e mentalizou-se que tinha que perder a barriga e que não podia comer coisas gordas, então em casa foi fácil.*

(D5: F., 65a) *Não me posso esquecer as caras delas, coitadas, elas já são magras, mas pareciam ainda mais magras e depois com os olhos vermelhos, elas bem que disfarçavam mas eu conheço-as bem… fiquei sempre com medo, que me voltasse a dar, de já não ver as minhas meninas, sou eu que tomo conta da minha netinha;* ***(F5: filha, 30a)*** *Eu cheguei a ir de noite ao quarto ver se ela respirava (…) foi um susto, um grande susto que espero que não se repita.*

(D6: M., 55a) *os dias custam muito a passar e as noites então nem me quero lembrar…* ***(F6: filho, 34a)*** *para mim o coração é o nosso "motor", é ele que nos faz andar, viver e quando ele falha*

<u>Felicidade (por ver o familiar)</u>

Tornou-se clara a influência positiva que os familiares proporcionaram aos doentes, ao serem visitados. Foi motivo de contentamento para os doentes, por se sentirem mais acompanhados, assim como para os familiares foi um alívio o facto de poderem ver e estar algum tempo, diariamente, com os seus familiares.

(D1: F., 46a) *eu ficava toda contente, acho que até melhorava mais depressa com ele lá (riso).* ***(F1: namorado, 39a)*** *pensei encontrá-la pior, foi um alívio (pausa) (…) Mas fui todos os dias, chegava lá, dava-lhe forças (…)* e cada dia que passava ela estava melhor. Ia para casa mais descansado (…)

(D2: M., 65a) *Deram-me uma grande alegria quando me foram visitar*

(D4: M., 59a) *Mas foi-me ver sempre, todos os dias. Só sossegou mais quando eu fui para o outro lado, até se via que ela andava com outra cara.* ***(F4: esposa, 57a)*** *Ainda me deixaram falar com ele, até foi à porta de onde ele fez o exame, ainda me lembro do que ele me disse "agora eu estou bem" (...) assim ele via-me sempre lá nas visitas, eu podia animá-lo, levava-lhe os jornais de desporto…*

(D5: F., 65a) *Elas foram incansáveis, coitadas, todos os dias me iam visitar*

Angústia

O sentimento de angústia foi vivenciado de forma intensa e descrito pela maioria dos familiares entrevistados, sendo que o único testemunho do doente que descreveu este sentimento quis referir-se igualmente à angústia sentida pelos seus familiares, quando o iam visitar. Os familiares sentiram angústia desde que aconteceu o EAM até ao momento em que começaram a sentir algum alívio, ao constatarem a evolução favorável do estado clínico dos seus familiares internados.

> ***(F1: namorado, 39a)*** *e depois estava sozinho, a pensar só para mim, sem ter com quem falar, pensava só no pior (…) passava o dia a pensar como ela estaria*
>
> ***(F2: filho, 37a)*** *Olhe parecia que a ambulância nunca mais vinha e que o meu pai me ia morrer nos braços. Nem quero pensar, acho que até a mim me doía o peito (sorriso).*
>
> ***(F4: esposa, 57a)*** *Foi tudo uma aflição, eu sozinha, sem saber conduzir, sem saber como ele estava*
>
> ***(F5: filha, 30a)*** *Senti-me, nem sei, ia sempre aflita quando a visitava, como ela não tinha telemóvel, ia sempre com medo que ela estivesse pior, andava sempre preocupada com ela.*
>
> ***(D6: M., 55a)*** *Eles iam lá todos os dias, andavam aflitos acho eu, estavam sempre a perguntar como é que eu me sentia;* ***(F6: filho, 34a)*** *Posso dizer-lhe que senti algum medo, angústia mesmo*

Ansiedade

Tanto familiares como doentes revelaram sentir-se ansiosos em algum momento do internamento na UCIC. Os doentes estavam ansiosos pela hora da visita, para poderem ver os seus familiares; demonstraram estar ansiosos também quando verificaram que estão envolvidos por fios, o que lhes dificultava ou impedia alguns movimentos, por vezes. Quanto aos familiares, referiram estar ansiosos antes do momento da visita, porque estavam com receio de como iam encontrar o doente, ou seja, se a evolução clínica era favorável ou não; estavam igualmente desejosos por pedirem informações à equipa de saúde, que esperavam a todo o custo serem positivas.

> ***(D1: F., 46a)*** *eu estava sempre à espera da noite para poder falar com o A. (refere-se ao namorado)* ***(F1: namorado, 39a)*** *É que os familiares estão sempre ansiosos quando chega a hora da visita para entrar, então não sabe o que se passa com a doente*
>
> ***(D4: M., 59a)*** *uma pessoa habituada a andar, ver-se com fios amarrados ao peito, sozinho*
>
> ***(D6: M., 55a)*** *iam sempre pedir informações, mesmo quando eu dizia que estava tudo bem, são umas almas aflitas como se diz* ***(F6: filho, 34a)*** *Posso dizer que sempre que o visitei naquele*

lado dos cuidados intensivos, ia sempre com receio (…) e depois nunca sabia se ele ia estar pior ou não, sentia-me sempre impotente (…)

Cansaço

Apesar de aliviados e satisfeitos por verem que o seu familiar estava a evoluir favoravelmente, o cansaço manifestado por alguns familiares esteve sempre relacionado com a gestão do seu tempo, no dia-a-dia, para poderem ir visitar os seus familiares internados.

> ***(F1: namorado, 39a)*** *posso dizer que senti-me muito cansado. Era trabalhar todo o dia, vir à pressa para a visitar à noite*
>
> ***(F3: nora, 40a)*** *eu saio do serviço às 18:30, era ir a casa adiantar alguma coisa e ir à visita, para o meu marido não ir sozinho, foi um bocado complicado, com o meu miúdo, os trabalhos de casa para ajudar, as coisas da casa, sabes como é, comida, roupa, isso tudo.*

1.2 – VIVÊNCIAS APÓS A HOSPITALIZAÇÃO

A segunda categoria foi dividida em duas subcategorias: **Sentimentos** e **Mudanças no Estilo de Vida**. Estas subcategorias estão relacionadas com as vivências dos doentes e seus familiares depois da alta hospitalar, no domicílio.

1.2.1 – Sentimentos

Nesta categoria também se revestiram de enorme importância os sentimentos, nomeadamente de alívio mas também de medo de uma recidiva.

Alívio

Tanto doentes como familiares sentiram um profundo alívio depois da alta clínica, por vários motivos. Primeiramente, porque a alta significou que tudo estava bem com doente e que o pior já tinha passado, sendo necessário apenas cumprir as recomendações dadas no hospital. Veio também aliviar os familiares da obrigatoriedade das visitas diárias ao hospital. Depois, porque finalmente a vida pôde retomar a normalidade e novamente a proximidade entre ambos os grupos. Finalmente, porque depois da consulta pós-alta constatou-se a continuidade da evolução clínica favorável da doença.

(D1: F., 46a) *A vida não mudou, continuo a trabalhar, a fazer as minhas coisas, quer dizer tive de baixa, acho que um mês, mas depois continuei a ir aos dias às senhoras [refere-se a fazer limpeza em casa particulares]* ***(F1: namorado, 39a)*** *Com ela em casa fiquei mais descansado, porque não tinha que andar a correr para a visitar, ela já estava ao pé mim (risos)*

(F2: filho, 37a) *mas pronto não foi tão mau como eu esperava, ele veio para casa quase como novo (risos).(...) agora está tudo bem, ele já foi à consulta e as análises estavam bem, pronto já passou.*

(D5: F., 65a) *mas eu sei que ela não estava bem, não se orientou muito bem cá por casa sem mim, são muitos anos só comigo, desde que o pai morreu, sabe como é, eu faço-lhe tudo, para ela foi uma confusão. Nunca me esquece de estar lá internada e ela me estar a perguntar como é que a máquina da roupa funcionava;* ***(F5: filha, 30a)*** *Depois as coisas tomaram rumo (riso), porque ela não podia fazer esforços mas já me orientava com as coisas cá de casa, dizia-me como fazer ou o que era para fazer e eu já me desenrascava melhor.*

(F6: filho, 34a) *Foi um alívio, pensei logo que o pior já tinha passado (...)*

<u>Medo da recidiva</u>

A necessidade de uma vigilância mais apertada revelou ser uma preocupação muito presente e descrita apenas pelos familiares entrevistados. O medo de complicações pós-enfarte ou mesmo da ocorrência de um novo EAM foi bem percetível. Também foi descrito o desconforto pelo afastamento necessário durante o dia, isto é, o desconforto em deixar o doente sozinho.

(F1: namorado, 39a) *Mas tinha medo que lhe acontecesse outra vez e eu não estava em casa*

(F2: filho, 37a) *Tinha receio que voltasse a acontecer*

(F3: nora, 40a) *A nossa preocupação era ela, por exemplo desmaiar e estar sozinha. O meu marido ia lá a casa todos os dias, à noite telefonava e avisámos para ela trazer sempre o telemóvel com ela*

(F4: esposa, 57a) *nos primeiros dias (em casa) estive sempre por perto dele, mesmo sem ele ver, tinha algum medo que lhe voltasse a dar alguma coisa*

(F5: filha, 30a) *ela dizia que estava melhor mas eu preocupava-me que lhe voltasse a dar*

(F6: filho, 34a) *tinha receio de alguma recaída, que ele voltasse a sentir-se mal, ou mesmo que ele morresse, que nos primeiros dias isso não me saía do pensamento*

1.2.2 – Mudanças no Estilo de Vida

A mudança no estilo de vida vem colmatar a necessidade dos doentes e familiares de repensar sobre as suas vidas, nomeadamente no que diz respeito à mudança de alguns hábitos menos saudáveis que tinham tido até suceder o EAM.

Conhecimento sobre a doença

A necessária mudança nos hábitos de vida tidos até à ocorrência do EAM obrigou a que alguns familiares tivessem necessidade de conhecer um pouco mais sobre a doença, nomeadamente sobre a sua maior incidência nos dias de hoje, devido ao stress e sobre as complicações que podem ocorrer depois do episódio de um EAM.

> ***(F1: namorado, 39a)*** *depois ia ao computador ver coisas sobre o enfarte e via cada coisa que nem me passava pela cabeça, que ela podia morrer, podia ter arritmias, é assim não é?*
>
> ***(F2: filho, 37a)*** *eu fui ler sobre o enfarte, sabia que podia ter complicações…*
>
> ***(F6: filho, 34a)*** *Eu sei que nos dias que correm, com o stress e com a vida que levamos, o enfarte é cada vez mais frequente em pessoas mais novas*

Hábitos alimentares

Foi evidente a preocupação com a mudança em alguns hábitos alimentares, tanto por parte dos doentes, como dos seus familiares. Isto aconteceu sobretudo nos primeiros tempos depois do regresso a casa, nomeadamente na preferência pelos cozidos, grelhados e verduras em detrimento das gorduras. Foi também clara a preocupação tida pelos familiares para com os doentes no que diz respeito ao cumprimento das recomendações dadas no Hospital sobre alimentos saudáveis.

> ***(D1: F., 46a)*** *comemos é mais grelhados, tento ter sempre salada ou comemos couve cozida, ah, comemos mais peixe cozido;* ***(F1: namorado, 39a)*** Por exemplo a comida mudou, eu li o livro que lhe deram, lá nos cuidados intensivos, e dizia para a comida ser mais saudável, começámos a grelhar mais, agora no verão comemos sempre salada, quer dizer quase sempre (riso), mas sim tentamos fazer uma comida melhor que não faça tanto mal.
>
> ***(D2: M., 65a)*** ao princípio ela e o filho danavam-me a cabeça, porque eu não podia comer isto que era gordo e tinha muita gordura, isto porque engordava, e porque lá no hospital disseram que isto era melhor; ***(F2: filho, 37a)*** *Até lá em casa mudámos a comida, menos carnes gordas*
>
> ***(F4: esposa, 57a)*** *eu tento fazer o mais saudável possível, li algumas coisas no livro que ele trouxe (refere-se à brochura entregue aos doentes sobre a doença cardíaca) e faço mais grelhados, cozidos, mais legumes.*
>
> ***(F6: filho, 34a)*** *por vezes dou comigo a olhar para alguma comida e a pensar "isto sabe-me tão bem, apetece-me tanto, mas faz-me tão mal", parece uma batalha que eu estou travar com a comida (risos). (…) também porque tenho que dar o exemplo, se exijo que o meu pai cumpra tenho que dar o exemplo (riso).*

Contudo, doentes e familiares também referiram ser difícil manter estes hábitos por muito tempo, admitindo mesmo ter "pecado pela boca". Ou seja, conseguiram mudar

hábitos alimentares nos primeiros tempos em que provavelmente estariam mais motivados em prevenir complicações relacionadas com o EAM, mas depois como constataram que tudo estava bem houve por vezes uma certa desvalorização pelos cuidados com a alimentação.

> ***(F3: nora, 40a)*** mas depois ele foi-se esquecendo, e começou a abusar na comida outra vez
>
> ***(D4: M., 59a)*** *Agora que já voltei a trabalhar, já pequei pela boca;* ***(F4: esposa, 57a)*** Mas quando ele começou a trabalhar começou a petiscar por lá algumas coisas.
>
> ***(F6: filho, 34a)*** *mas sabe como é, já foi à consulta e estava tudo bem, ele começa a esquecer e a desvalorizar, é mesmo assim.*

Tabagismo

Outra grande mudança ocorrida depois do EAM foi a desistência dos hábitos tabágicos por parte dos doentes fumadores, assim como foi percebido o alívio sentido por um familiar no que respeita a esta decisão tomada pelo doente.

> ***(D4: M., 59a)*** *Acabou o tabaco, foi difícil mas teve que ser;* ***(F4: esposa, 57a)*** *A melhor coisa foi ele deixar de fumar, acabou-se o fumo e a cinza no carro e os cinzeiros espalhados pela casa*
>
> ***(D5: F., 65a)*** *Posteriormente, tive mesmo que deixar de fumar, teve que ser, mas mesmo com o medo e com o susto e eu sei que me fazia mal, eu sei, mas foi o que me custou mais*

Exercício físico

A mudança/aquisição de hábitos de exercício foi descrita como essencial e de igual forma por doentes e familiares, que se referem sobretudo às caminhadas diárias.

> ***(D1: F., 46a)*** *quando eu tive alta íamos todos os dias, mas agora com o cansaço do trabalho temos desculpa e nem sempre vamos, às vezes damos uma volta por aqui perto, mas pronto. Sabe eu também me sinto bem, nunca mais tive dores nem nada.* ***(F1: namorado, 39a)*** *E também andamos a pé, agora já é menos vezes, mas quando ela veio para casa dávamos uma volta sempre no fim de jantar, onde vivemos temos muito sítio para andar a pé.*
>
> ***(D2: M., 65a)*** *não faço grandes esforços;* ***(F2: filho, 37a)*** *até comecei a dar uma volta a pé no final do dia, às vezes até vou de bicicleta com os pequenitos (referia-se aos filhos), estou sempre a dizer ao meu pai para andar a pé também, mas ele é só às vezes é que vai connosco.*
>
> ***(F3: nora, 40a)*** *começámos a fazer caminhadas*
>
> ***(D4: M., 59a)*** *lá tive que começar a ir com ela (refere-se à esposa) senão ela não me largava, mas eu até gosto, vamos até ao café bebemos a nossa bica e depois fazemos uma caminhada maior. Mas tive que começar aos poucos que as pernas ao princípio não queriam, mas agora é sempre a andar.* ***(F4: esposa, 57a)*** *Depois fiquei com companhia para as minhas caminhadas,*

estava sempre a dizer para ele vir comigo, mas não, tinha sempre desculpas "doí-me as pernas, tenho que trabalhar de noite", agora faz sempre uma caminhada comigo

(D5: F., 65a) *Uma coisa boa disto foi que comecei a caminhar, quer dizer, eu já dava umas voltas a pé, mas depois disto dou uma volta maior e a minha filha começou a ir comigo, ela vai ao ginásio também, mas agora tenho sempre companhia isso é bom.*

Adesão terapêutica

À semelhança do indicador anterior, a preocupação com a questão da medicação foi bastante descrita, de igual forma por doentes e familiares. Os doentes aderem à terapêutica porque a assumem como essencial para prevenir complicações, assim como os familiares revelam preocupação com a toma da medicação recomendada pelo médico, fazendo uma maior vigilância dos seus familiares.

(F2: filho, 37a) *Estou sempre a avisá-lo para ele (...) não se esquecer dos medicamentos.*

(D3: F., 70a) *Mas agora tomo sempre a medicação, é mais comprimidos do que antes mas não falho nenhum*

(F4: esposa, 57a) *Os comprimidos são mais do que ele tomava, estou sempre a dizer-lhe "olha que é para tomar, para toda a vida", foi isso que nos disseram lá no hospital.*

(D5: F., 65a) *muitos comprimidos tomo eu agora (riso) para quem não tomava nenhum, agora são 2, 3 só de uma vez. Mas se eles dizem que é para tomar, eu tomo, nem a minha filha me deixa esquecer, já passou tanto tempo e ela continua "Já tomaste os comprimidos? Não te esqueceste da medicação?" Acho que foi o susto que ela apanhou, nunca vai esquecer, ela nem quer falar disso, diz que não gosta de pensar naquele dia e pronto.*

(D6: M., 55a) *Tomo mais comprimidos, antes só tomava para o colesterol*

Reforço das relações familiares

Todos os acontecimentos desencadeados pelo EAM levaram a sentimentos de quase perda e posteriormente a mudanças no estilo de vida, de hábitos menos para mais saudáveis. Tudo isso conduziu a um reforço das relações entre familiares e doentes. O EAM permitiu, tanto a familiares como a doentes, um repensar sobre as suas vidas e sobretudo a priorizar a família em detrimento das "chatices" do dia-a-dia.

(F2: filho, 37a) *Com a vida que levamos, com a crise que está às vezes nem damos valor ao que temos e isto que aconteceu com o meu pai ainda nos aproximou mais (…) passamos mais tempo juntos, não só no trabalho, e tentamos não dar tanta importância às chatices*

(F5: filha, 30a) *acho que ficámos ainda mais unidas, já éramos uma família unida (...) acho que me preocupo mais com ela*

> ***(F6: filho, 34a)*** *Nós começamos a pensar que afinal a vida é muito frágil (…) mas acho que só quando passamos por estas situações, em que somos confrontados com a morte ou com o receio da morte, o limite, esta fronteira, é que damos o real valor às coisas (…) valor à família, aos amigos verdadeiro*

No Quadro 2 apresenta-se uma síntese da categorização do fenómeno, apresentando para cada indicador uma ou duas unidades de significado mais ilustrativas.

Quadro 2 - Resumo da Categorização do Fenómeno

Categoria	Sub-Categoria	Indicador	UNS
VIVÊNCIAS DURANTE A HOSPITALI-ZAÇÃO	**Perceção da doença**	Sensação de morte iminente	**D 4:** comecei a pensar na minha vida, o que deixava **F 2:** Nunca me esquece quando ele nos viu na primeira vez, a rir-se disse uma coisa do género "ainda os consigo ver, pensei que ia desta para melhor, pensei que não os via mais"
		Dor intensa	**D 2:** Sabe que eu fui para lá quase em coma, tinha tantas dores que acho que cheguei a desmaiar **D 4:** eu não me lembro de ter uma dor como aquela, parecia que ia rebentar
		Acontecimento inesperado	**D 1:** eu alguma vez pensei que podia ter um enfarte, tão nova, nunca pensei **D 2:** sabe como é uma pessoa pensa que estas coisas nunca acontecem
		Prognóstico favorável	**F 1:** só descansei mais quando me disseram que o exame correu bem e que ela ia ficar internada. **D 5:** Então quando passei para os outros quartos, para ao pé das outras senhoras, aí sim, já estava bem
	Perceção da UCI	Dualidade Medo/ Segurança	**F 4:** O primeiro quarto onde ele esteve, aquilo metia respeito, sozinho num quarto, tantos fios, aquelas máquinas todas. **F 5:** é só máquinas com soros de volta dela, o monitor sempre a controlar o coração dela, aquilo mete medo… mete respeito.
			D 3: Claro que eu não gostei, nem nada disso, nunca tinha estado nos cuidados intensivos ligada às máquinas, mas quando eu lá cheguei já não tinha dores, nem mal-estar, por isso achei-me bem e nem dei grande importância. **F 1:** a médica disse que era para ficar mais controlada
		"Alarmes"	**D 3:** A minha nora fazia-lhe confusão o barulho dos apitos, ficava muito aflita e dizia que não sabia como é que eu aguentava **D 4:** cada vez que me mexia ouvia a máquina apitar
		Importância dos enfermeiros	**F 1:** há sempre alguém que tenta informar o que é que se está a passar. Isso foi bom para mim. **F 6:** Mas, tenho-lhe a dizer, até felicitar que a vossa equipa sempre me transmitiu confiança (…) sabiam-nos esclarecer sobre o que estava a passar-se com o meu pai, gostei muito mesmo
		Tempo de visita escasso	**D 1:** Só era pena ser tão pouco tempo, havia de ser mais tempo as visitas **F 2:** É um sítio onde eles precisam de estar sossegados e descansados, temos que cumprir com as regras
	Sentimentos	Choque	**D 2:** uma pessoa fica assim um bocado chocado, ainda mais nestes sítios (hospital e cuidados intensivos)… **F 2:** Mas senti-me desorientado, senti que a minha vida tinha ficado de cabeça para baixo e mais não era eu que estava lá internado.
		Medo da morte	**F 3:** a situação era séria, o coração não é para brincadeiras **F 2:** Eu e a minha mãe nem falávamos, eu pensava cá para mim que devia ser muito mau, pensei que nos vinham dizer que ele...pronto… que ele não escapava.
		Felicidade (por ver o familiar)	**D 1:** eu ficava toda contente, acho que até melhorava mais depressa com ele lá (riso). **P4:** Mas foi-me ver sempre, todos os dias. Só sossegou mais quando eu fui para o outro lado, até se via que ela andava com outra cara.
		Angústia	**F 1:** e depois estava sozinho, a pensar só para mim, sem ter com quem falar, pensava só no pior **F 4:** Foi tudo uma aflição, eu sozinha, sem saber conduzir, sem saber como ele estava
		Ansiedade	**F 1:** É que os familiares estão sempre ansiosos quando chega a hora da visita para entrar, então não sabe o que se passa com a doente **F 6:** sempre que o visitei (...) ia sempre com receio (…) e depois nunca sabia se ele ia estar pior ou não, sentia-me sempre impotente
		Cansaço	**F 1:** posso dizer que senti-me muito cansado. Era trabalhar todo o dia, vir à pressa para a visitar à noite **F 3:** eu saio do serviço às 18:30, era ir a casa adiantar alguma coisa e ir à visita, para o meu marido não ir sozinho, foi um bocado complicado, com o meu miúdo, os trabalhos de casa para ajudar, as coisas da casa, sabes como é, comida, roupa, isso tudo.

Categoria	Sub-Categoria	Indicador	UNS
VIVÊNCIAS APÓS A HOSPITALI-ZAÇÃO	**Sentimentos**	Alívio	**F 6:** Foi um alívio, pensei logo que o pior já tinha passado (...) **F 2:** Mas com ele agora está tudo bem, ele já foi à consulta e as análises estavam bem, pronto já passou.
		Medo da recidiva	**F 1:** Mas tinha medo que lhe acontecesse outra vez e eu não estava em casa, ou que fosse mais forte e ela ficasse mal ou pior, que morresse **F 5:** ela dizia que estava melhor mas eu preocupava-me que lhe voltasse a dar
	Mudanças no Estilo de Vida	Conhecimento sobre a doença	**F 2:** eu fui ler sobre o enfarte, sabia que podia ter complicações… **F 6:** Eu sei que nos dias que correm, com o stress e com a vida que levamos, o enfarte é cada vez mais frequente em pessoas mais novas
		Hábitos alimentares	**D 1:** comemos é mais grelhados, tento ter sempre salada ou comemos couve cozida, ah, comemos mais peixe cozido **F 4:** eu tento fazer o mais saudável possível, li algumas coisas no livro que ele trouxe (refere-se à brochura entregue aos doentes sobre a doença cardíaca) e faço mais grelhados, cozidos, mais legumes. **F 6:** mas sabe como é, já foi à consulta e estava tudo bem, ele começa a esquecer e a desvalorizar, é mesmo assim.
		Tabagismo	**D 4:** Acabou o tabaco, foi difícil mas teve que ser
		Exercício Físico	**F 3:** começámos a fazer caminhadas **D 5:** Uma coisa boa disto foi que comecei a caminhar, quer dizer eu já dava uma voltas a pé, mas depois disto dou uma volta maior e a minha filha começou a ir comigo, ela vai ao ginásio também, mas agora tenho sempre companhia isso é bom.
		Adesão Terapêutica	**D 5:** muitos comprimidos tomo eu agora (riso) para quem não tomava nenhum, agora são 2, 3 só de uma vez. Mas se eles dizem que é para tomar, eu tomo, nem a minha filha me deixa esquecer, já passou tanto tempo e ela continua "Já tomaste os comprimidos? Não te esqueceste da medicação?" Acho que foi o susto que ela apanhou, nunca vai esquecer, ela nem quer falar disso, diz que não gosta de pensar naquele dia e pronto.
		Reforço das relações familiares	**F 2:** Com a vida que levamos, com a crise que está às vezes nem damos valor ao que temos e isto que aconteceu com o meu pai ainda nos aproximou mais (…) passamos mais tempo juntos, não só no trabalho, e tentamos não dar tanta importância às chatices **F 6:** Nós começamos a pensar que afinal a vida é muito frágil (…) mas acho que só quando passamos por estas situações, em que somos confrontados com a morte ou com o receio da morte, o limite, esta fronteira, é que damos o real valor às coisas (…) valor à família, aos amigos verdadeiro

Fonte: Desenhado pela investigadora

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Posteriormente à leitura repetida das entrevistas realizadas, foi possível construir uma categorização a partir das mesmas, que tornou mais fácil a compreensão do fenómeno em estudo, mais especificamente dos objetivos específicos/questões de investigação delineados para o trabalho. Deste modo, foram identificadas categorias, que por sua vez foram subdivididas em subcategorias e posteriormente em indicadores, correspondentes a nomes mais específicos e que refletem mais diretamente o conteúdo das entrevistas.

Na primeira categoria, referente ao período durante a hospitalização, os participantes referiram vivências relativas à **perceção da doença**, à **perceção da UCI** e partilharam os seus **sentimentos**.

Em termos de **perceção da doença**, escutaram-se relatos de uma sensação de morte iminente dada a intensidade feroz da dor, que sucedeu de forma inesperada, mas que felizmente evoluiu de modo favorável.

Estes achados têm eco noutras investigações, nomeadamente no estudo de Santos e Araújo (2003) que referem que o EAM é um acontecimento que lembra a morte iminente gerada pela doença súbita. No decorrer do seu estudo sobre a preparação para a alta de pessoas que sofreram um EAM, Cruz (2013) concluiu que a ocorrência do EAM é vivida pelos participantes como uma situação de “doença inesperada”, trazendo incertezas e debilidades antecedentes à alta hospitalar, em relação à sua condição de saúde. A mesma autora defende que, ao ser uma doença de ocorrência súbita, torna-se necessário haver um reajuste nos papéis familiares e uma adaptação da família ao mesmo. Sousa e Oliveira, citados pela mesma autora referem que a forma súbita como se manifesta o EAM, causa intenso impacto emocional, uma vez que o doente passa a conviver com situações que geram habitualmente medo, insegurança e ansiedade. Sousa (2000) salienta que o sentimento de preocupação por parte do doente relativamente à sua família e com o que deixa no exterior do hospital supera a preocupação consigo próprio.

Também Schneider et al. (2008) são da mesma opinião, ao dizerem que normalmente em situações de EAM o internamento acontece de uma forma súbita e inesperada, o que vai desencadear sentimentos de medo, insegurança, sofrimento, entre outros, no doente e família.

O significado conferido ao EAM, também pode ser expresso de vários sentidos, nomeadamente: inexplicado, por não saber a quais fatores atribuir o seu surgimento; gerador de sentimentos negativos, as sensações desagradáveis de ordem biológica e recursos ou fatores que desencadeiam tais sensações; repentino, por surpreender o indivíduo anteriormente saudável, sem uma preparação prévia, levando-o ao desequilíbrio estrutural e funcional (Santos & Araújo, 2003). Todas estas vivências foram relatadas também pelos participantes do presente estudo.

Relativamente à **perceção da UCI,** foi descrita uma dualidade: Medo versus Segurança, suscitado por um ambiente repleto de monitores, alarmes e toda uma parafernália de fios. O apoio dos enfermeiros foi um fator facilitador, enquanto as limitações nas visitas foram um fator de ansiedade e angústia.

Cintra et al., (2001) lembram que os doentes acometidos por um episódio de EAM são normalmente ativos na sociedade. Isto significa que para além do sofrimento físico vivenciado pelo episódio do EAM, a necessidade de ficarem internados numa UCI faz com que os doentes se vejam envolvidos num ambiente estranho, desconhecido, onde o contacto com a família é restrito. Esta mudança nas suas rotinas diárias conduz ao sofrimento e angústia, agravados pelo internamento na UCI levando também ao desenvolvimento de ansiedade e de stress. Estes factos levam a que o grande desafio para o enfermeiro que trabalha numa UCI resida na procura contínua da prestação de cuidados individualizados e humanos, ao mesmo tempo em que estão inseridos num ambiente onde impera a complexidade tecnológica.

Também Almeida e Ribeiro (2008) são da mesma opinião no que diz respeito à ideia generalizada de que o sofrimento acompanha o internamento na UCI, acrescentando que, embora seja o local ideal para dar respostas às necessidades dos doentes críticos, a imagem que a pessoa comum tem de uma UCI é de um ambiente agressivo, tenso e traumatizante.

Para Cruz (2013), sendo uma realidade que a pessoa perante um internamento hospitalar por EAM pode apresentar muitas preocupações e dúvidas, cabe aos enfermeiros promover o “processo de educação” usando todos os recursos para minimizar os sentimentos negativos. Estes profissionais deverão proporcionar um ambiente que promova a relação empática, a verbalização e a escuta. O enfermeiro pode ajudar a pessoa hospitalizada a ter uma visão diferente da sua situação, por exemplo através do esclarecimento de dúvidas, valorização da cultura e da opinião da pessoa doente. O desenvolvimento das competências relacionais assume, desta forma, um papel muito importante na manutenção da boa relação entre a tríade

doente/família/equipa. Antunes e Taveira, citados pela mesma autora destacam o papel do enfermeiro pelas suas capacidades e conhecimentos, sendo um importante membro das equipas multidisciplinares como educador para a saúde.

No que concerne às visitas, o envolvimento da família durante o internamento ajuda a manter o lugar do doente na sua família e estabelece ligação entre o meio social e o meio hospitalar. A família ao participar e ao sentir-se incluída durante o internamento, sente-se útil, atenuando assim a ansiedade e o stress que os seus familiares poderão vivenciar. Cruz (2013) considera que a família é o apoio social mais próximo do doente durante o seu internamento numa UCI, pelo que o seu envolvimento é importante. Para além do apoio emocional que presta ao seu familiar, a família poderá ser um grande estímulo para o futuro, na adoção de comportamentos saudáveis e na reabilitação do seu familiar doente, após a alta. Em contrapartida, Maciel e Souza (2006) realizaram uma pesquisa que mostrou que não existe um consenso entre os doentes internados numa UCI em relação à presença de acompanhantes no internamento. Os resultados mostraram que alguns doentes sentiam-se seguros no ambiente da UCI e achavam que a família não podia ajudá-los, ao contrário de outros que afirmavam gostar da permanência da família. Assim, os autores concluíram que os doentes devem ser questionados nas UCI sobre a sua vontade em relação à presença ou não dum familiar e do tempo adequado para isso. Também no presente estudo isto foi evidenciado.

De acordo com Martins (2000), quando um doente é internado na UCI, os seus familiares sentem-se geralmente perdidos, desprotegidos e envoltos num ambiente desconhecido com regras rígidas e distintas das que existem no seu contexto familiar. Num estudo realizado por Lolaty, Bagheri-Nesami, Shorofi, Golzarodi e Charati (2014) avaliou-se o efeito das visitas de amigos e familiares na ansiedade, índices fisiológicos e bem-estar de doentes com EAM. Concluiu-se que alguns parâmetros vitais, nomeadamente a frequência respiratória, a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio sofreram alterações positivas (as duas primeiras baixaram e a saturação aumentou) durante uma visita de 10 minutos e entre 10 a 30 minutos depois da visita, assim como o aumento da sensação de bem-estar e a diminuição da ansiedade. Assim, as visitas de amigos e familiares trazem benefícios, incluindo a manutenção dos índices fisiológicos dentro de limites normais. A questão que se pode colocar é se a restrição das visitas não será uma forma das instituições se preservarem, por exemplo, face a um menor número de profissionais ou de condições estruturais das unidades.

Quanto aos **Sentimentos** vividos por doentes e familiares, estes foram na maioria de índole negativa: choque, medo da morte, angústia, ansiedade e cansaço (por parte do familiar), mas também de alívio por tudo ter corrido pelo melhor e de felicidade (por ver o familiar). Estes sentimentos foram vividos quer durante quer depois do internamento, porque o medo de recidiva mantém-se presente.

O facto de a doença estar associada ao coração, desencadeia sofrimento emocional ligado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, assim como depressão e angústia (Schneider et al., 2008). É habitual, portanto, observar em pessoas sobreviventes a um enfarte, elevados níveis de ansiedade associados com uma elevada taxa de mortalidade cardiovascular, com a mais forte associação nos 3 primeiros anos (Wrenn, Mostofsky, Tofler, Muller & Mittleman, 2013), o que ajuda a compreender a manutenção do medo por parte de doentes e familiares.

Sendo reconhecido que quando o internamento hospitalar acontece de forma súbita e inesperada, como no caso de EAM, o transtorno ainda é maior. A sensação de solidão e angústia são potenciadoras de muita ansiedade, o que pode comprometer o quadro clínico instalado, podendo agravar o prognóstico e dificultar o sucesso do plano terapêutico e assistencial adotado. A ansiedade e a depressão são fatores importantes nestas pessoas. O principal motivo é claramente o receio de vir a falecer subitamente. O excesso de ansiedade pode ser prevenido graças à orientação prudente do doente e dos seus familiares (Santos & Araújo, 2003).

Também Pupulim e Sawada (2002) referem que a condição de doente gera sentimentos de incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda de controlo sobre si mesmo. Lemos e Rossi (2002) acrescentam que, em contexto de internamento em UCI, os doentes apresentam ansiedade devido a fatores como a ameaça de desamparo, perda de controlo, sensação de perda de função e de auto-estima, isolamento e medo de morte.

Galan (2002) citado por Lemos et al. (2008) corrobora esses dados mostrando que existem vários fatores de risco na doença cardíaca e que entre eles se destacam os fatores emocionais e as características de personalidade, os quais desempenham um papel de destaque tanto na génese quanto na recuperação da depressão e do EAM. Galan (2002) observou aspetos psicológicos em mulheres com EAM, destacando que a doença interfere na pessoa como um todo, desencadeando reações orgânicas que ameaçam a integridade do ego. Foi observado ainda que o EAM interfere no equilíbrio do indivíduo provocando reações fisiológicas intensas que fogem do seu controle

consciente. O medo da morte faz a pessoa reavaliar aspetos da sua vida e levando com frequência a um processo depressivo.

De acordo com Martins (2000), quando um doente é internado na UCI, os seus familiares sentem-se geralmente perdidos, desprotegidos e envoltos num ambiente desconhecido com regras rígidas e distintas das que existem no seu contexto familiar.

Por sua vez, Cruz (2013) salienta que, enquanto o processo de doença afeta o indivíduo, a experiência de doença, frequentemente, afeta todos aqueles que convivem com essa pessoa, como familiares e amigos. De igual forma, estas alterações não se cingem ao período "agudo". A alta hospitalar e consequentemente o retorno a casa, muitas vezes são também momentos de ansiedade. Quer o doente quer o familiar podem-se sentir desprotegidos, sem a vigilância constante da equipa de saúde, o que implica necessariamente por parte da família, uma maior responsabilização e envolvimento no processo de reabilitação.

Neste âmbito, Mendes, Bastos e Paiva (2010) constatam que os doentes deixam transparecer a passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro, que Meleis e colaboradores (2000) denominam de Transição. A transição, de acordo com estes autores, reporta a uma matriz iterativa de vivência. A pessoa faz, exaustivamente, comparações constantes e sucessivas entre o que lhe reservam as suas capacidades no presente e as que tinha antes de ser confrontado com a situação de doença. São situações múltiplas, geradoras de grande conflito interno que comprometem, no quotidiano, o seu bem-estar. Enquanto as doenças de curta duração e sem risco de vida provocam poucas alterações no comportamento da família, as doenças graves com risco de vida podem provocar alterações emocionais e de comportamento, tais como ansiedade, choque, negação, raiva e isolamento (Potter citado por Nogueira, 2003). No presente estudo não se registaram este último tipo de comportamentos, ainda que se admita perfeitamente que eles possam ter existido, seja nos participantes deste estudo seja nos doentes e familiares que passam por esta situação.

Uma das subcategorias mais marcantes aquando do regresso a casa foi relativa às **Mudanças no Estilo de Vida**. Quer os doentes quer os seus familiares referiram a importância de terem Conhecimento sobre a doença e denotaram um processo de consciencialização dos fatores de risco principais que conduziram ao evento e, por conseguinte, incidiram atitudes preventivas nesse âmbito, nomeadamente corrigir os hábitos alimentares, cessar o consumo de tabaco e promover a atividade física. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Cruz (2013) e de Meira (2017).

Cruz (2013) constatou que perante a vivência do EAM os participantes demonstraram conhecimento sobre algumas das causas da doença, referenciando-as. Para além disso, tornou-se evidente que o conhecimento que atribuem às causas do EAM se relaciona com hábitos de vida. É assim evidente a importância da educação para a saúde, encontrando-se os enfermeiros capacitados e em posição privilegiada para a proporcionar a estes doentes e famílias. Também no estudo de Meira (2017), com doentes com EAM sobressaiu claramente a intervenção do enfermeiro ao nível da educação para a saúde, uma atividade chave num programa de reabilitação cardíaca e um fator crucial nos resultados a longo prazo do utente. Sem informação e conhecimento para tomarem decisões eficazes e realizar escolhas assertivas sobre o seu estilo de vida e comportamentos futuros, não será eficaz a prevenção secundária de doenças cardíacas e outras complicações.

Condon e McCarthy (2006) num estudo qualitativo realizado na Irlanda com 10 pessoas com EAM, com foco específico nas mudanças de vida ocorridas após o regresso a casa, verificaram que as mudanças de estilo de vida foram particularmente difíceis em relação à cessação do tabagismo e à gestão do stress. As dificuldades encontradas por alguns participantes também foram relacionadas pelos próprios com a falta de ajuda profissional na comunidade para os apoiar nas mudanças de estilo de vida. Além disso, a superproteção dos membros da família foi uma fonte de frustração e agravamento para os participantes. Também no nosso estudo, ficou patente alguma atitude de superproteção dos familiares, nomeadamente face à gestão da terapêutica e promoção da adesão à mesma.

Noutro estudo, realizado na Suécia, também se verificou que o EAM afetou significativamente a vida "comum", como ela era, que as pessoas lutam constantemente por manterem o controlo e que a rede de apoio poderia ferir sentimentos ambíguos, já que os apoiava frequentemente mas também haviam problemas de comunicação. Assim, nos primeiros meses após o EAM os participantes relataram sobretudo sintomas físicos e sofrimento emocional. A gestão dos problemas foi realizada sobretudo negociando consigo mesmos, confiando nas suas próprias capacidades, alterando atitudes e comportamentos e tomando as suas próprias decisões e ações. Em suma, muito do sucesso da recuperação destas pessoas que lutam por manter o equilíbrio depende de quão seguros eles se sentem e de quão bem eles comunicam as suas necessidades à sua rede social e a sensibilidade da sua rede à comunicação verbal e não verbal das suas necessidades (Kristofferzon, Lofmark & Carlsson, 2007).

Reconhecendo que é essencial incorporar as necessidades de informação percebidas pelos doentes com EAM, sobretudo quando o tempo de permanência no hospital é cada vez mais curto, reduzindo as oportunidades para que os enfermeiros forneçam informações, Smith e Liles (2007) analisaram as necessidades de informação de 20 doentes com EAM no período até 72h antes da alta, analisando em especial a influência da idade. Verificaram que os itens da escala relativos às informações sobre a medicação, possíveis complicações e sobre a atividade física foram os mais cotados. Os doentes revelaram ainda, em resposta aberta, que conduzir, voltar ao trabalho e quais os mecanismos de apoio e suporte disponíveis foram os seus principais motivos de preocupação. Constataram que doentes reformados e mais velhos possuem mais necessidades educativas do que doentes empregados e mais novos, sobretudo em termos de informação relativa a estruturas de apoio na comunidade.

Num ensaio clínico randomizado, Molazem, Rezaei, Mohebbi, Ostovan e Keshavarzi, (2013) estudaram 70 doentes que sofreram um EAM e que estiveram internados numa UCIC. O estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um modelo de cuidado contínuo no estilo de vida de doentes com EAM. Este modelo foi usado em 35 doentes (grupo de intervenção) e noutros 35 doentes (grupo de controlo) durante 3 meses. Os resultados demonstraram que houve uma diferença significativa antes e depois desta intervenção, em ambos os grupos. Concluiu-se que a aplicação deste modelo defendido pelos autores poderá ter efeitos positivos no estilo de vida dos doentes. Ou seja, um programa de gestão realizado pelos enfermeiros, fazendo um acompanhamento por via telefónica poderá ser um modelo prático e com sucesso para a mudança no comportamento dos doentes. Os hospitais poderiam também incluir este modelo de forma a terem um acompanhamento dos doentes depois de um episódio de EAM.

Convém ainda ter em consideração possíveis diferenças entre homens e mulheres no que concerne à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Num estudo Sueco com 525 homens e mulheres que sofreram EAM e com 1890 controlos saudáveis, Wallstrom, Mattisson, Tyden, Berglund e Janzon (2005) verificaram que os sobreviventes a um EAM apresentaram hábitos mais em linha com as atuais recomendações do que os controlos e que as diferenças foram maiores nas mulheres do que nos homens.

Embora os hábitos alcoólicos não tenham sido referido no presente estudo, Janszky et al. (2008) investigaram este fator em termos de prognóstico em 1346 sobreviventes de EAM, seguidos durante 8 anos. Os resultados indicaram que o consumo moderado de

alcóol poderá ter um efeito protetor em vários aspetos relacionados com o prognóstico após EAM.

A Adesão terapêutica foi outro tópico bastante focado pelos participantes do presente estudo, em que os doentes revelaram que os seus familiares eram bastante atentos também a esse aspeto.

Num estudo recente conduzido por Urbinati et al. (2015), com 11.706 doentes com EAM, verificou-se que, seis meses após o evento, apesar de uma elevada adesão à medicação, os doentes apresentam valores inadequados de tensão arterial, colesterolémia e de glicémia capilar. Verificou-se ainda uma decaída significativa entre o pós-alta imediato e os seis meses da percentagem de doentes que tinha ingestão adequada de peixe, frutas e vegetais e que realizavam exercício frequente. Numa análise multivariada, constataram que a realização de consulta pós alta e o encaminhamento para reabilitação cardíaca foram fatores que se associaram de forma independente e estatisticamente significativa a menor risco de realizarem exercício insuficiente e menor risco de tabagismo persistente. Os doentes encaminhados para reabilitação cardíaca também apresentaram menor risco de baixo consumo de peixe, frutas e vegetais (Urbinati et al., 2015).

Num outro estudo, realizado nos EUA, com 6434 doentes com alta após EAM, os autores avaliaram se a adesão medicamentosa (aspirina, β-bloqueadores, estatinas, antagonistas da angiotensina) aos 1, 6 e 12 meses após a alta varia de acordo com o risco de novo evento. Verificou-se que doentes com risco elevado apresentaram menor probabilidade de tomar a medicação apropriada 1 mês após a alta em comparação com doentes de baixo risco. Aos 12 meses, a taxa de persistência de todas as terapêuticas prescritas foi de 61,5%, 57,9% e 45,9% para os doentes de baixo risco, de risco intermédio e de alto risco, respetivamente. Concluíram assim os autores que são necessários esforços contínuos para melhorar a toma de medicamentos específicos em doentes de alto risco (Shore et al., 2015).

Por fim, doentes e familiares revelaram ter sentido um Reforço das relações familiares, levando a uma maior união e apreciação do tempo vivido em comum. Neste âmbito, Nogueira (2003) refere que a família tem capacidade de evolução e de adaptação eficazes ao longo do seu ciclo vital. A situação de doença é um acontecimento potencialmente gerador de crise, em que se pode assistir a uma alteração da dinâmica familiar e uma redistribuição dos papéis dos seus membros. Apesar disso, seja qual for o tipo de crise, a família desempenha um papel importante na redução ou gestão do stress, na adaptação satisfatória e na reabilitação saudável.

Wronska, Mianowana e Kulik (2002) desenvolveram um estudo que pretendeu determinar as atitudes dos doentes depois de um EAM perante o valor da saúde, tendo concluído que, para esses doentes, a saúde é o “mais importante de todos os valores” e o mais desejável da categoria de “life goals endeavours”. Apesar disso, mesmo assim os autores pensam que ainda é encontrada pouca dedicação para criar um estilo de vida saudável, tanto no nível do conhecimento como no nível de competências e motivação necessárias para levar a cabo mudanças no estilo de vida.

Já os participantes do estudo de Hildingh, Fridlund e Lidell (2006), levaram os autores a concluir que o seu processo de recuperação teve alguns padrões que passaram pelo reconhecimento de habilidades/competências, de restrições e da necessidade de reorientação. Assim, através da autoajuda e da ajuda dos outros, do compartilhamento mútuo dos encargos e da clarificação das restrições à recuperação, o processo avançou em direção à reorientação (transição para uma nova situação de vida). Os participantes redescobriram valores e motivação para a mudança. O EAM foi integrado na vida e, através do processo de recuperação, as atitudes dos doentes ganharam novo foco, nomeadamente nos seus familiares, levando a uma melhor qualidade de vida (Hildingh, Fridlund, e Lidell, 2006).

Em síntese, ainda que sendo certo que é impossível que duas pessoas vivenciem o mesmo fenómeno da mesma maneira - Fenomenologia da Perceção (Merleau-Ponty,1999), podemos referir que doentes e famliares vivenciaram, globalmente, o fenómeno de forma semelhante. A exceção será a sub-categoria "Perceção da doença", porque mais marcada por sintomatologia física. Os sentimentos vividos e aperceção dos cuidados foram muito semelhantes. Mesmo no que concerne Às mudanças no estilo de vida, verificou-se que os próprios familiares procederam a mudanças para incentivar os seus familiares ao cumprimento das mesmas. Esta situação foi, por vezes, vista como exagerada pelos doentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo qualitativo, que incluiu quer doentes quer os seus familiares, foi possível analisar de forma conjunta as suas narrativas, considerando as semelhanças e diferenças nas vivências do EAM, do internamento numa UCI, do regresso a casa e da transição para uma nova situação de vida.

O EAM é uma situação grave que acomete um número significativo de indivíduos e pelo simbolismo que o coração representa, compreendemos que os sentimentos de medo, incerteza e angústias devem ser amenizados pela equipa de saúde. Com os resultados obtidos e com o aprofundamento de conhecimentos, pudemos perceber o quanto é essencial o apoio da equipa de saúde ao doente e sua família perante o diagnóstico de EAM.

Face aos objetivos delineados pode, em síntese, referir-se que este estudo permitiu compreender melhor a forma como é percecionado o EAM, seja no momento agudo, seja durante a transição entre serviços hospitalares, desde a urgência até à UCIC, incluindo a preparação e o regresso a casa, e o continuar da vida. Estes doentes experienciam sentimentos de medo, incertezas e angústias, que são exacerbados com a necessidade de internamento numa UCI. A família também reconhece que a hospitalização do seu familiar é um momento difícil, e sente-se muitas vezes desamparada e assustada com a situação, onde o medo e a angústia se defrontam com o desconhecido.

Este estudo permitiu também constatar a dualidade de sentimentos vivida nas diversas fases, mas sobretudo nas primeiras horas e primeiros dias na UCIC, período durante o qual o contacto com os entes queridos foi reduzido e em que os enfermeiros desempenharam um papel essencial para o conforto e sentimento de segurança do doente e família. Talvez não tenha sido novidade, mas foi possível constatar que os sentimentos vividos pelos familiares foram muito semelhantes aos do próprio doente, algo que deve ser foco de maior atenção por parte de todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. A ansiedade e cansaço sentidos pelos familiares serão especialmente relevantes. A maior diferença de perceções foi fisicamente imposta, isto é, foi relativa à perceção dos sintomas da doença.

O culminar de todo o processo, nestes doentes e famílias foi, sem dúvida, as mudanças protagonizadas no estilo de vida (hábitos alimentares, tabagismo, exercício

físico, adesão terapêutica), o que mais uma vez afetou não apenas o doente mas de igual forma a sua família. Constatou-se a dificuldade que existe em manter os hábitos que entretanto se tornaram mais saudáveis. Nessa altura, a família parece ser uma das principais garantias de sucesso. Contudo, também aqui se verificaram algumas diferenças, sendo que alguns doentes referiram sentir demasiada pressão por parte dos seus familiares, ainda que saibam que é porque estes lhes querem bem. Ainda assim, as relações familiares podem sair, como foi o caso da maior parte dos participantes, reforçada e existe enorme felicidade pelo ultrapassar de um período tão crítico, ainda que exista sempre o medo de uma recidiva, de forma mais ou menos intensa.

O enfermeiro tem um papel decisivo no ultrapassar dos processos de transição, neste caso no de saúde-doença, sendo importante que identifiquem e compreendam as situações de transição que as pessoas alvo dos seus cuidados vivenciam, contribuindo assim para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Espera-se que estes resultados contribuam para aumentar a compreensão sobre o tema, tanto para a equipa de saúde quanto para a prática de enfermagem com os doentes internados na UCIC e respetiva família. Consideramos imprescindível que a equipa de enfermagem designe um espaço para refletir sobre a importância da família como participante ativa no cuidado prestado aos pacientes e como potencializadora na recuperação da sua saúde.

Lançamos como desafio futuro a realização de novos trabalhos mantendo como foco principal a família, de modo a favorecer a elaboração de estratégias que procurem construir um plano de cuidados condizentes com as necessidades da família e principalmente no sentido de reconhecer a família como parte ativa, responsável e coparticipante tanto durante a hospitalização como no regresso a casa. Arriscamos mesmo a deixar como sugestão a elaboração de um programa de acolhimento ao doente e família na UCIC.

Como em qualquer investigação, também nesta se verificam limitações e dificuldades. Pode-se apontar o facto de a investigadora ser enfermeira no serviço onde doentes e familiares vivenciaram a experiência, dificultando na medida em que, por vezes os participantes não aprofundavam a descrição das vivências pois consideravam que a investigadora não precisava de explicações detalhadas. Outro aspeto e talvez até o mais importante foi a inexperiência da investigadora na realização de entrevistas, atualmente reconhece que as entrevistas podiam ser mais ricas em informações se fossem explorados as respostas dos entrevistados de forma mais exaustiva. O facto

de se terem incluído apenas doentes e familiares para os quais o desfecho foi positivo, isto é, que não morreram ou tiveram complicações, também pode ser considerado como um possível viés. Para colmatar estas limitações será importante a realização de estudos mais alargados, nomeadamente quantitativos e longitudinais, que permitam avaliar a evolução em termos de satisfação de doentes e famílias, de dificuldades sentidas e formas de lhes fazer face.

BIBLIOGRAFIA

Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E.M.F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia, 18*(40), 279-288. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/06.pdf.

Aehlert, B. (2007). ACLS, Advanced Cardiac Life Support, Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, Um guia para estudo (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Mosby Jems, Elsevier.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência* (6), 53-59.

Alarcão, M. (2002). (Des)equilíbrios Familiares (2ª ed.) Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Almeida, A. S., Aragão, N.R.O., Moura, E., Lima, G.C., Hora, E.C., & Silva, L.A.S.M. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem, 62*(6), 844-849.

Almeida, C., Colaço, C., & Sanchas, L. (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento**.** *Enfermagem em Foco – SEP, Ano VII*(28), 36-42.

Almeida, M. C. B., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos. *Revista Referência, IIª série* (7), 79-88.

Alto Comissariado da Saúde. (2007a). Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC): vias verdes do EAM e do AVC. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

Alto Comissariado da Saúde. (2007b). Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recuperado de http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf.

Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Referência Série I*. 5, 53-64.

Araújo, R. D., & Marques, I. R. (2007). Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(6), 676-680. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/10.pdf.

Baird, M. S. (2003). Síndromas Coronárias Agudas: Dor anginosa – Angina de peito e enfarte do miocárdio. In P. L. Swearingen, & J. H. Keen (Eds.), *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (pp. 295-317). Loures, Portugal: Lusociência.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70.

Bassand, J. P., Hamm, C. W., Ardissino, D., Boersma, E., Budaj, A., Fernández-Avilés, F., Fox, K. A., … Wijns, W. (2007). Guidelines for de diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *European Heart Journal,* (28), 1598 – 1660. Recuperado de http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/ACS-non-ST-segment-elevation.aspx.

Becker, D. [*et al.*] (2006). Enfermagem em Cuidados Críticos – Incrivelmente fácil. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto Editora.

Booth, K., Deitos, P., & O'Brien, T. (2010). Eletrocardiografia para técnicos de cuidados de saúde (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

Cainé, J. M. P. (2004). A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio. uma análise do seu envolvimento durante o processo de cuidados. Mestrado em Ciências De Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Caramona, M., Gonçalves, J., Osswald, W., Polónio, J., Sepodes, B., Costa, F., …, & Teixeira, A. A. (2010). Prontuário Terapêutico (9ª ed.). Lisboa, Portugal: INFARMED.

Cintra, E. A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2001). Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo, Brasil: Editora Atheneu.

Comassetto, I. (2006). Vivências de familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: estudo fenomenológico (Dissertação de Mestrado).

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Brasil.

Comassetto, I., & Enders, B.C. (2009). Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 30*(1), 46-53.

Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 5(1), 37-44. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005

Costa, F., & Costa, J. (2001). Enfarte agudo do miocárdio. *Nursing,* (152), 17-20.

Cruz, M. M. A. (2013). Preparação da Alta Hospitalar da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2014a). Processo Assistencial Integrado do Risco Vascular no Adulto. Lisboa, Portugal: Departamento da Qualidade na Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2014b). Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2014. Lisboa, Portugal: Direção de Serviços de Informação e Análise.

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Rede Referenciação Hospitalar Cardiológica. Lisboa, Portugal: Autor.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa, Portugal: Autor.

Eufrásio, M. L. P. (2015). Transições de Saúde: Cinco anos de vida após transplantação cardíaca (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

European Society of Cardiology (ESC). (2011). Síndromes coronárias agudas sem elevação do segmento ST. Recomendações para o diagnóstico e tratamento de síndromes coronárias agudas em doentes que não apresentam elevação persistente do segmento ST. France. DC: Autor.

European Society of Cardiology (ESC). (2012). Prevenção da DCV. Recomendações Europeias para a Prevenção da Doença Cardiovascular. France. DC: Autor.

Ferreira, P. A. (2011). Enfermagem em Cardiologia: contributos sócio-psicológicos e profissionais para a melhoria dos cuidados (Tese de Doutoramento). Universidade da Extremadura, Departamento de Psicologia e Antropologia, Badajoz.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: da conceção à realização. Loures, Portugal: Lusociência.

Galan H. D S. (2002). Um estudo psicológico sobre o infarto do miocárdio em mulheres artigo (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Gonçalves, A. *et al* (2001). O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados? *Nursing,* (151), 11-17.

Gouveia, J. L. R. V. (2004). Diferenças ao Nível do Género na Adaptação Psicossocial a Curto Prazo no Pós Enfarte Agudo do Miocárdio (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Portugal.

Henriques, S., Lélis, M., Jesus, H., & Araújo, J.N. (2006). Biomarcadores cardíacos nas síndromes coronárias agudas. *Medicina Interna, 13*(2), 113-125. Recuperado de http://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_113_125.pdf.

Hesbeen, Walter (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar. Loures, Portugal: Lusociência.

Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: experiences of the recovery process. Rehabilitation Nursing, 31(2), 63-68; discussion 69.

Hines, S. E. (2003). Abordagem atual do enfarte agudo do miocárdio. *Patient Care, 8*, 32-47.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). Risco de Morrer 2012. Lisboa, Portugal: Autor.

Instituto Nacional de Estatística. (2015). Estatísticas da Saúde 2013. Lisboa, Portugal: Autor.

Janszky, I., Ljung, R., Ahnve, S., Hallqvist, J., Bennet, A. M., & Mukamal, K. J. (2008). Alcohol and long-term prognosis after a first acute myocardial infarction: the SHEEP study. European Heart Journal, 29(1), 45-53. doi:10.1093/eurheartj/ehm509

Jorge, A. M. (2004). Família e Hospitalização da Criança: (re)pensar o cuidar em Enfermagem. Loures, Portugal: Lusociência.

Kristofferzon, M. L., Lofmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. Journal of Clinical Nursing, 16(2), 391-401. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

Lemos, R. C. A., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 10*(3), 345-357. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13344.pdf.

Lolaty, H.A.; Bagheri-Nesami, M.; Shorofi, S.A.; Golzarodi, T. & Charati, J.Y. (2014). The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. Complement Ther Clin Pract, 20(3):147-51.

Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista SBPH*, 10(1), 3-8.

Maciel, M.R., & Souza, M. F. S. (2006). Acompanhante de adulto na unidade de terapia intensiva: uma visão do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem, 19*(2), 138-143. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a03v19n2.pdf.

Maia, S. C. (1999). Análise Ergonómica do Trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva: Proposta para minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Recuperado de http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/80626.

Martins, C. F., Thofehrn, M. B., Amestoy, S.C., Assunção, A.N., & Meincke, S. M. K., (2008). Saúde da família: uma realidade presente na equipa multiprofissional. *Ciência, Cuidado e Saúde, 7*(Suplemento 1), 132-137.

Martins, C. R. E. A., (2000). A família e a hospitalização/participação da família no cuidar. *Servir, 48*(3), 133-135.

Meira, S. C. B. (2017). O Processo de Transição Saúde/Doença da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio. (Dissertação de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Meleis, A. et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advanced Nurse Science, 23(1), 12-28. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036.

Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: development and progress (4ª ed.). Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook, 6*(42), 255-259.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.O., Hilfinger, M. D.K., & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12-28.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging middle – range theory transitions. In A. Meleis (Ed.), Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. (pp. 52-64). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Mendes, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. Revista de Enfermagem Referência, 3(2), 7-16.

Merleau-Ponty, M.M. (1999). Fenomenologia da Percepção. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda.

Molazem, Z.; Rezaei, S.; Mohebbi, Z.; Ostovan, M-A. & Keshavarzi, S. (2013) Effect of continuous care model on lifestyle of patients with myocardial infarction. ARYA Atherosclerosis, 9(3), 186-191.

Nager, F. (1993). The Mythology of the Heart. Geneve. Roche Editions.

Nogueira, M. A. A. (2003). Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: Autor.

Pardal, L., & Lopes, E. (1995). Métodos e Técnicas de Investigação Social. Porto, Portugal: Areal Editores.

Pereira, M. E. R., & Bueno, S. M. V. (1997). Lazer, um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipa de enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 5*(4)*,* 75-83.

Pinho, L. B., & Kantorski, L. P. (2004). Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Ciência e Enfermeria, X*(1), 67-77.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Prates, P. R. (2005). Símbolo do coração. *História, Ciências, Saúde, 12*(3), 1025-1031.

Pupulim, J. S. L., & Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 10*(3), 433-438. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf.

Relvas, A. P. (1996). O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

Santos, F. L., & Araújo, T. L. (2003). Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspetiva do paciente. *Revista Latino-Americana Enfermagem,*, 11(6), 742-8. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a07.pdf

Schneider, D. G., Manschein, A. M. M., Ausen, M. A. B., Martins, J. J., & Albuquerque, G.L. (2008). Acolhimento ao Paciente e Família na Unidade Coronariana. *Texto Contexto & Enfermagem, 17*(1), 81-89. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09.pdf.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119-127.

Seabra-Gomes, R. (2009). A abordagem invasiva nas Síndromes Coronárias Agudas sem supradesnivelamento de ST revisitada. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 28*(4), 375-381. Recuperado de http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1055.pdf.

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática (4ª ed). Loures, Portugal: Lusociência.

Shore, S., Jones, P. G., Maddox, T. M., Bradley, S. M., Stolker, J. M., Arnold, S. V., . . . Ho, P. M. (2015). Longitudinal persistence with secondary prevention therapies relative to patient risk after myocardial infarction. Heart, 101(10), 800-807. doi:10.1136/heartjnl-2014-306754

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. Journal of Clinical Nursing, 16(4), 662-671. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x

Soares-Costa, J. T. S. (2005). Nova definição clínica do enfarte do miocárdio. *Medicina Interna*. *12*(1), 37-41.

Sousa, K. J. J. (2009). Qual a melhor abordagem na terapêutica secundária do enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST? (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal. Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.6/1043.

Sousa, S. M. S. (2000). Hospitalização (sem) família. *Enfermagem Oncológica, 4*(14), 22-32.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Urbinati, S., Olivari, Z., Gonzini, L., Savonitto, S., Farina, R., Del Pinto, M., . . . Maggioni, A. P. (2015). Secondary prevention after acute myocardial infarction: drug adherence, treatment goals, and predictors of health lifestyle habits. The BLITZ-4 Registry. Eur J Prev Cardiol, 22(12), 1548-1556. doi:10.1177/2047487314561876

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção (5ª ed.) Loures, Portugal: Lusodidacta.

Wallstrom, P., Mattisson, I., Tyden, P., Berglund, G., & Janzon, L. (2005). Dietary habits after myocardial infarction - results from a cross-sectional study. Journal of Internal Medicine, 257(4), 329-337. doi:10.1111/j.1365-2796.2005.01461.x

Werf, F. V., Bax, J., Betriu, A., Blomstrom-Lundqvist, C., Crea, F., Falk, V., & Weis, M., (2008). Management of acute myocardial. infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal, 29,* 2909-2945. doi:10.1093/eurheartj/ehn416.

Wrenn, K.C., Mostofsky , E., Tofler, G.H., Muller, J.E., & Mittleman M. A. (2013). Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction. Am J Med., 126(12), 1107-13.

Wronska, I., Mianowana, V., & Kulik, T.B. (2002). The value of health in the opinion of patients after myocardial infarction. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med., 57(1), 196-203.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião de Entrevista para os doentes

GUIÃO DE ENTREVISTA

Pré-Entrevista:

- Apresentação pessoal;
- Apresentação do tema do estudo e seus objetivos;
- Descrição de como se procederá à colheita de dados (entrevista) e tempo previsto;
- Solicitar o consentimento, garantindo o cumprimento das exigências éticas;
- Pedido de autorização para gravação áudio da entrevista.

Entrevista:

- Colheita de dados sócio-demográficos;
- Realização de entrevista conforme o guião;
- Questionar se existe alguma dúvida por esclarecer.

Pós-Entrevista:

- Agradecimento;
- Despedida.

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA O DOENTE:

Entrevista nº_____ Data__/__/__ Hora de início:_____ Hora de fim:_____
Identificação do Participante*:* Idade:____ Sexo:_____ Estado civil:_____ Profissão:_____ Habilitações Literárias: _____ Com quem vive:_____ Quem o visitou mais vezes durante o internamento (grau de parentesco):_____

Questões
• Como é que se sentiu durante o tempo que esteve internado nos cuidados intensivos? • Durante o internamento teve visitas da sua família, como acha que eles se sentiram? • O que mudou na sua vida depois do EAM e do internamento?

APÊNDICE II

Guião de Entrevista para os familiares

GUIÃO DE ENTREVISTA

Pré-Entrevista:

- Apresentação pessoal;
- Apresentação do tema do estudo e seus objetivos;
- Descrição de como se procederá à colheita de dados (entrevista) e tempo previsto;
- Solicitar o consentimento, garantindo o cumprimento das exigências éticas;
- Pedido de autorização para gravação áudio da entrevista.

Entrevista:

- Colheita de dados sócio-demográficos;
- Realização de entrevista conforme o guião;
- Questionar se existe alguma dúvida por esclarecer.

Pós-Entrevista:

- Agradecimento;
- Despedida.

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA A FAMÍLIA:

Entrevista nº_____ Data__/__/__ Hora de início:_____ Hora de fim:_____
Identificação do Participante*:* Idade:____ Sexo:_____ Estado civil:_____ Profissão:_____ Habilitações Literárias: _____ Grau de parentesco:_____

Questões
• O que é que sentiu quando soube que o seu familiar tinha um EAM? • O que é que sentiu durante o tempo que o seu familiar esteve internado na UCIC? • Quando ele teve alta e veio para casa, o que sentiu? • Quais foram as suas principais preocupações quando o seu familiar veio para casa? • O que mudou na sua vida com o EAM e internamento do seu familiar?

APÊNDICE III

Pedido do Consentimento Informado para realização de entrevista

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Temática do Estudo: A família do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio

Maria Filomena dos Santos Mendes, Enfermeira Graduada, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE e a frequentar o IV Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretende realizar um trabalho de investigação sobre a temática "A família do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio".

Este estudo de investigação tem como objetivo conhecer as dificuldades e as necessidades da família do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Assim, a sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da problemática em estudo e com os resultados obtidos pretendemos contribuir para a melhoria do envolvimento da família durante o internamento, através da implementação de medidas de otimização e opções estratégicas, que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Para a recolha de dados optou-se pela utilização de uma entrevista audiogravada. Todas as informações recolhidas serão anónimas e confidenciais e unicamente utilizadas no âmbito do presente estudo, sendo destruídas após a conclusão do trabalho.

A sua participação é voluntária e tem o direito a recusar responder a alguma pergunta, podendo inclusive abandonar a entrevista. A sua participação não envolverá qualquer custo.

Agradeço a sua disponibilidade para colaborar comigo.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ estou de acordo em participar no estudo sobre a temática “A família do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio”, realizado pela Enfermeira Maria Filomena dos Santos Mendes e integrado no IV Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Autorizo a realização de uma entrevista e a sua gravação áudio.

Foi-me explicada a finalidade e os objectivos do estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todos os aspectos que me pareceram pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se esse for o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados fornecidos permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pela enfermeira (investigadora) envolvida no estudo e pelo Professor Orientador do estudo.

Data e assinatura da Investigadora

_____

Data e assinatura do Participante

_____

APÊNDICE IV

Pedido de Autorização ao Conselho de Administração

Exmo. Sr. Director do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE:

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas a doentes e familiares para um trabalho de investigação

Maria Filomena dos Santos Mendes, Enfermeira Graduada, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, e a frequentar o IV Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretende realizar um trabalho de investigação intitulado "A importância da família para o doente com Enfarte Agudo do Miocárdio: perceção do doente e família".

Vem por este meio solicitar a Vossa Ex.ª autorização para a realização de entrevistas aos doentes internados com Enfarte Agudo do Miocárdio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e seus familiares.

Este estudo de investigação tem como objectivo conhecer a importância do envolvimento da família durante o internamento do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio, segundo a opinião dos doentes e familiares. Visando assim contribuir para a melhoria do envolvimento da família durante o internamento do doente. Será um estudo do tipo qualitativo/fenomenológico, sob a orientação do Senhor Professor Paulo Alexandre Ferreira.

Comprometo-me a assegurar a participação voluntária e informada dos participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados utilizados para a realização deste estudo.

Dado que a autorização de V. Ex.ª ao meu pedido é imprescindível para a realização deste estudo, agradeço desde já a vossa colaboração e a atenção dispensada, colocando-me à disposição de Vossa Ex.ª para o esclarecimento de qualquer questão.

Coimbra, 30 de Maio de 2013

(Maria Filomena dos Santos Mendes)

ANEXOS

ANEXO I

Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética

18.4

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Centro de Ensaios Clínicos

Exm.º Senhor

Dr. José Martins Nunes

Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

7.11.13

Ref.ª: **CHUC-053-13** 30/10/2013

A pedido de ***Enf.ª Maria Filomena dos Santos Mendes***, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre ***"A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA O DOENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: PERCEPÇÃO DO DOENTE E FAMÍLIA"***, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Exª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 8975 PCA
Origem
Data 4 / 11 / 2013

Av.ª Bissaya Barreto - 3000-075 Coimbra // Telef. 239 400 477 // Ext. 13724 //Fax 239 832 241 // e-mail: gai@huc.min-saude.pt

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Unidade de Inovação e Desenvolvimento
Centro de Ensaios Clínicos

AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	053	13

NOME DO PROJECTO:

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA O DOENTE COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: PERCEPÇÃO DO DOENTE E FAMÍLIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.ª Maria Filomena dos Santos Mendes

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA: 12 / 11 / 13

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Director Clínico
C.H.U.C.

Visto / À U.I.D.
para difusão

Exmo. Senhor:
Director Clínico do
CHUC, E.P.E.

N/Refª	Ofício Nº	Data
CES	0162	21.10.2013

ASSUNTO: [CHUC-053-13] - Estudo Observacional *"A importância da família para o doente com Enfarte Agudo do Miocárdio: percepção do doente e família"* - Maria Filomena Santos Mendes - Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e aluna do IV curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Cardiologia A - UCIC do CHUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 18 de Outubro de 2013, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu **parecer favorável** à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Fundamentação:

O estudo tem como objectivo geral conhecer a importância do envolvimento da família durante o internamento do doente com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), segundo a opinião dos doentes e familiares

A investigadora pretende aplicar aos utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários do CHUC e aos seus familiares uma entrevista para avaliar a sua opinião sobre o envolvimento da família no processo de cuidar, durante o internamento destes utentes.

A investigadora desempenha funções nesta unidade e trabalha já com estes utentes e familiares.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

P´ A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

C.H.U.C., E.P.E.
Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Av. Bissaya Barreto / Pct.ª Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
E-mail: secetica@huc.min-saude.pt
Tel.: 239 400 408
Fax: 239 405 646