

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO QUALITATIVO

Health-disease transition in the person with acute myocardial infarction: qualitative study

Transición salud-enfermedad en la persona con infarto agudo de miocardio: qualitative study

Sílvia Paiva*, Paulo Ferreira**

RESUMO:

Enquadramento: o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) provoca alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, no seu autocuidado, na sua vida familiar, profissional e social. **Objetivos:** compreender o significado que as pessoas atribuem ao EAM e ao internamento numa Unidade Cuidados Intensivos Coronária; identificar as suas preocupações e necessidades; perceber as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas. **Metodologia:** estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com recurso ao modelo de análise de Giorgi. A amostra foi intencional e as oito entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2015 a pessoas submetidas a cateterismo cardíaco pós EAM e três meses após o procedimento. **Resultados:** emergem três temas relativos às vivências: do EAM, nomeadamente sintomas, sentimentos de choque e medo da morte; da hospitalização que foi vivida com limitações como a falta de informação, imobilização no leito e limitação no número de visitas e por outro lado a valorização dos profissionais de saúde nomeadamente a rapidez de atuação, competência e segurança transmitida; do regresso a casa. **Conclusão:** o EAM é um acontecimento marcante, todos os participantes referiram modificação de comportamentos de risco, o que denota um processo de transição. **Palavras-Chave:** transição; enfarte agudo do miocárdio; vivências; regresso a casa

* Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

** Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-cirúrgica (UCPEMC); Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Sociopsicologia da Saúde; Doutoramento - Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud Y Calidad de Vida, Universidad de Extremadura

ABSTRACT:

Background: the AMI is the leading cause of death in the world. It still causes significant changes in the quality of life, in self-care, in family life, in social and professional life and it also causes high morbidity. **Objectives:** understanding the meaning that people attach to AMI and to the fact of being hospitalized in a Coronary Intensive Care Unit; Identifying the concerns and needs of these people; Understanding which experiences concerning the preparation for homecoming; Understanding the changes caused by AMI in these people's lives. **Methodology:** qualitative study of phenomenological approach using the analysis model proposed by Giorgi. Eight patients who underwent cardiac catheterization after AMI were interviewed between January and May 2015, an intentional sample was used, and the interview was conducted at least three months after the procedure. **Results:** three themes emerge regarding lived experiences: of AMI, namely symptoms, feelings of shock and fear of death; of hospitalization that was lived with limitations such as lack of information, immobilization in bed and limitation on the number of visits and on the other hand, the appreciation of health professionals, namely the speed of action, the competence and transmitted safety; of hospital discharge. **Conclusion:** the AMI is a crucial event in a life, with all the participants referring significant change, particularly in risk behaviour modification, which means a transition process.

Keywords: transition; acute myocardial infarction; lived experiences; hospital discharge.

RESUMEN:

Marco contextual: el EAM es la primera causa de muerte en el mundo. Provoca además cambios significativos en la calidad de vida de las personas, en su autocuidado, en su vida familiar, profesional y social y, comprensiblemente, elevada morbilidad. **Objetivos:** comprender el significado que las personas atribuyen al EAM y al hecho de estar ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios; Identificar las preocupaciones y necesidades de estas personas; Entender cuáles las vivencias relativamente a la preparación para el regreso a casa; Entender los cambios provocados por el EAM en la vida de estas personas. **Metodología:** estudio cualitativo de abordaje fenomenológico, con recurso al modelo de análisis propuesto por Giorgi. Fueron encuestadas entre enero y mayo de 2015 ocho personas sometidas a cateterismo cardíaco después de sufrir un EAM, se trató de una muestra intencional y la encuesta ocurrió en un plazo mínimo de tres meses después del ocurrido. **Resultados:** surgen tres temas relativos a vivencias: del EAM, en lo que respecta a síntomas, estados de conmoción y miedo de la muerte; del ingreso por el que pasó con limitaciones como la falta de información, inmovilización en el lecho y limitaciones en el número de visitas y por otro lado la valoración de los profesionales de salud en lo que respecta a la rapidez de actuación, a la eficacia y a la seguridad transmitida por ellos; del regreso a casa. **Conclusión:** el EAM es un hecho que deja huellas y todos los que participan en él refieren que hay alteraciones que se reflejan en el cambio de comportamientos de riesgo, lo que evidencia un proceso de transición.

Palabras clave: transición; infarto agudo de miocardio; vivencias; regreso a casa

Como Referenciar:

Paiva, S. & Ferreira P. (2002). Transição saúde-doença na pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 57-66

Recebido para publicação em: 30/10/2017
Aceite para publicação em: 29/05/2018

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a primeira causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas tenham morrido por esta causa em 2012, representando 31% das mortes globais. Destas, cerca de 7,4 milhões foram devidas a doença coronária e 6,7 milhões devido a acidente vascular cerebral (Organização Mundial de Saúde 2015).

Este grupo de doenças constitui um desafio aos sistemas de saúde dada a sua prevalência, mortalidade e custos sociais. São uma das principais causas de internamento, diminuição ou perda de produtividade e de reforma antecipada, com consequente elevação dos custos com os cuidados de saúde (Fernandes & McIntyre, 2006).

Quanto à doença coronária a sua instalação ocorre de forma progressiva e lenta provocando lesões que se mantêm em fase subclínica durante muito tempo, até ao aparecimento dos sintomas de isquemia cardíaca (Sola, 1997).

A experiência do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é vivenciada de forma individual, podendo variar de pessoa para pessoa, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expectativas de vida (Santos & Araújo, 2003). Os mesmos autores consideram que é necessário conhecer estas variações para proporcionar melhores cuidados de enfermagem. Conhecer o significado desta doença é saber o sentido expresso pela pessoa de tudo o que vivenciou, os seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. Torna-se então importante perceber as consequências para a vida da pessoa e família quando ocorre um problema como o EAM.

Em Portugal, não existem muitos estudos realizados por enfermeiros (Cruz, 2013; Pereira, 2000) quando se pretende perceber o que a doença interrompeu na vida da pessoa com EAM.

A opção de estudar o significado do EAM na perspetiva do utente deve-se à escassez de conhecimentos quanto ao significado real dessa doença do ponto de vista de quem a vivencia e tudo o que implica ser hospitalizado e submetido a intervenção de emergência.

A diversificação dos contextos onde o enfermeiro presta cuidados cada vez mais especializados, nomeadamente os cuidados intensivos, paralelamente com a explosão de serviços hospitalares muito específicos (como a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários - UCIC), desafiam estes profissionais ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, o que implica que detenham qualificações adequadas e constantemente aperfeiçoadas.

É hoje aceite a importância de ter como foco de enfermagem o processo de transição da pessoa, nomeadamente no processo de saúde-doença, como é o caso do EAM. O enfermeiro assume assim um papel preponderante na facilitação do atingir de novo equilíbrio no bem-estar da pessoa e família (Meleis & Trangenstein, 1994).

Tendo em consideração toda a problemática descrita delinear-se os seguintes objetivos: compreender o significado que as pessoas atribuem ao EAM e a estarem internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronária; identificar as preocupações e necessidades destas pessoas; perceber quais as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas.

ENQUADRAMENTO

A causa das doenças cardiovasculares é multifatorial, podemos identificar como principais fatores, os genéticos, os fisiológicos, os comportamentais e os do meio.

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC, 2011) considera que só é possível reduzir a incidência destas doenças se a população tiver conhecimentos sobre o seu significado, a sua incidência e as suas consequências, aprendendo a identificar os fatores de risco, de forma a envolver-se diretamente na prevenção e no tratamento destes.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa internada com EAM deve centrar-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/informação da pessoa e família (Urden, Stacy & Lough, 2008). Durante o internamento é frequente a pessoa apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stresse, que conjugados com a presença de dor diminuem a sua capacidade em reter a informação fornecida. Assim, a informação a oferecer à pessoa e família deve ser iniciada logo que a fase aguda seja ultrapassada e deve focar-se na redução dos fatores de risco, nas manifestações de doença coronária, na adesão à terapêutica medicamentosa e na retoma da atividade física e sexual (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A pessoa internada numa UCIC necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também, para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Deste modo, os enfermeiros deparam-se com o desafio de assegurar um ambiente calmo, que proporcione o alívio do medo e da ansiedade (Pereira, 2000). É fundamental que o enfermeiro esteja desperto para a problemática do pós enfarte imediato e que a sua atuação possa ajudar a resolver esses problemas melhorando de futuro a qualidade de vida da pessoa. Podemos tratar a doença física no momento, mas a qualidade de vida futura, a mudança de hábitos de vida e a aquisição de um estilo de

vida saudável só se consegue se a nossa atuação enquanto enfermeiros for muito além das intervenções técnicas ou instrumentais, estas últimas devem ser utilizadas de forma criteriosa, mas não poderão nunca ser a única preocupação de quem cuida de doentes 24 sobre 24 horas.

O grande desafio para os enfermeiros que trabalham na UCIC reside na busca contínua da prestação de cuidados individualizados, num ambiente onde impera a complexidade tecnológica. Assim, os cuidados prestados devem advir de profissionais especializados, dos quais se requer capacidade de trabalho, iniciativa e um amplo corpo de conhecimentos associados ao julgamento inteligente, à observação e ao contacto direto com a pessoa, características que não devem ser substituídas por qualquer equipamento (Cintra, Nishide & Nunes, 2001).

Entende-se que a preparação do regresso a casa deve ter como objetivo capacitar a pessoa e o cuidador informal para o desempenho do seu papel de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Esta continuidade é entendida com uma componente essencial do processo de prestação de cuidados, podendo ser perspetivada pelos seus destinatários como a informação recebida no que concerne à medicação, à condição clínica e às atividades que podem ser realizadas, não esquecendo a existência de outros serviços comunitários disponíveis para aquela pessoa e família (Bull, Hansen & Gross, 2000). Os ganhos em saúde devem ser o objetivo último da continuidade de cuidados (Grimmer *et al.*, 2006).

De acordo com Cerqueira (2005), o processo de educação para a saúde deve ser conduzido de forma holística, individualizada e singular, visando a prestação de cuidados contextualizados, a manutenção da pessoa dependente no seu meio sociofamiliar e o envolvimento do cuidador. Além disso, o enfermeiro deve compreender as necessidades e motivações da pessoa e família, adequando a linguagem e os conteúdos transmitidos ao contexto e

especificidade em que ocorre a educação para a saúde bem como implementar estratégias e ações de forma a colmatar as dificuldades encontradas. No contexto sociocultural atual, a família desempenha um papel fundamental, sendo considerada a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É no seio familiar que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do seu ciclo vital. No entanto, importa referir que, atualmente, a família constitui também uma instituição problemática pois falar de família é falar de um misto de pessoas, de comportamentos, de atitudes e de sentimentos típicos e generalizados (Machado, 2008).

Num mundo em constante mudança, resultado de altos e baixos económicos, mudanças políticas, migrações em massa, mudanças ambientais, pandemias, novas descobertas médicas e tecnológicas, o ser humano está constantemente a ter de se adaptar a mudanças. As experiências humanas, também ao nível pessoal são repletas de transições que se têm tornado o objeto central da enfermagem e dado origem à sistematização da teoria das transições por parte de Meleis (2010). A primeira razão pela qual as transições assumem esta relevância para os enfermeiros é que estes passam uma grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que estão a passar por uma ou mais mudanças/transições nas suas vidas que afetam a sua saúde. Exemplos disso são a admissão hospitalar, a preparação do regresso a casa, a reabilitação, a recuperação de uma cirurgia, entre várias outras (Meleis, 2010). Para a autora os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experienciar, a antecipar ou a completar transições. A transição implica uma mudança ao *status* de saúde, ou nas relações interpessoais, expectativas ou capacidades. As transições implicam que o indivíduo incorpore novo conhecimento, altere o comportamento e

que muitas vezes se redefina no contexto social. Uma transição é considerada saudável quando o indivíduo demonstra as capacidades e comportamentos necessários para viver este processo passando à fase seguinte e estando bem resolvido (Meleis, 2010).

METODOLOGIA

Estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica pois como refere Fortin (2003), pretende descrever o universo percetual de quem vive uma experiência que interessa à prática clínica, sendo que o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação. Esta abordagem que é a mais popular em enfermagem, pois exige a exploração do todo integrado, indo de encontro à questão holística do cuidar, exigindo que os investigadores estudem as experiências vividas e como estas se apresentam na vida quotidiana.

O estudo foi realizado após parecer favorável da comissão de ética do CHUC-HUC. Os participantes do estudo foram pessoas internadas com o diagnóstico de EAM na UCIC dos CHUC-HUC que aceitaram e autorizaram após consentimento informado por escrito a recolha dos dados. Como critério de inclusão estabeleceram-se: ser o primeiro evento de EAM, ter sido submetido a cateterismo cardíaco, ser maior de 18 anos, terem decorrido entre 3 meses e 1 ano após o EAM, e apresentarem condições clínicas para participar no estudo. Participaram oito pessoas, seis homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 47 e os 77 anos, todos casados, a maioria apenas com a 4.ª classe e reformados. Na recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, registada em formato áudio e realizada temporalmente entre janeiro e maio de 2015. Realizou-se a análise de acordo com o método fenomenológico de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), que se foca no significado da experiência para a pessoa que a vivencia, possibilitando estudar de

forma científica a experiência humana (Cruz, 2013). As etapas processuais são: ler a descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo; reler a descrição; identificar as unidades de transição da experiência; clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante; transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência (Giorgi & Sousa, 2010).

A informação foi analisada e processada (textual e conceptualmente) com recurso ao *Software* Atlas.ti v5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados obtidos emergiram três temas centrais representativos das vivências de oito pessoas que sofreram um EAM. Designaram-se então estes temas por “Vivências do EAM”, “Vivências da Hospitalização” e “Vivências do Regresso a Casa”.

Quanto às vivências do EAM surgem dois constituintes chave que são os sintomas provocados pelo EAM e os sentimentos vividos. Em termos de sintomas alguns participantes referiram uma desvalorização inicial dos mesmos, sendo que todos os participantes culminam com a referência a dor intensa. Alguns participantes admitem ter tido sintomas prévios ao EAM, contudo, não os valorizaram. Dizem não ter tido noção do seu significado.

Os resultados do estudo de Sampaio *et al.* (2012) são concordantes com estas afirmações, tendo estes constatado que 57% dos sujeitos em análise não associavam os sintomas vivenciados a problemas cardíacos.

Um aspeto grandemente evidenciado nas entrevistas diz respeito à dor sentida no momento agudo do enfarte. Foram momentos de um sofrimento físico brutal, com

participantes a desejarem até a morte. Foram dois os sentimentos mais vinculados pelos participantes nesta fase de vivência da doença aguda, o choque e o medo de morrer. Na perspetiva de alguns participantes, tudo se passou muito rápido, desde os primeiros sintomas até ao diagnóstico efetivo. Assim, o choque demonstrado foi evidente, revelando até estarem confusos relativamente ao sítio onde estavam no momento do internamento hospitalar. Estas afirmações são corroboradas pelos resultados de Gutiérrez, J Segura, Padilla, e Fernández, (2006), que apontam o medo da dor, do sofrimento, de não recuperar, de não voltar a ver a família, muitas vezes acompanhado de uma sensação de morte eminente. Também Santos e Araújo (2003), referem que o medo e a preocupação são achados comuns e viver um EAM é gerador de sentimentos negativos e repentinos. Mussi (2004), acrescenta ainda que, se o sentimento inicial é dominado por sintomas físicos, nesta fase a pessoa sente que a sua vida está em jogo. Santos e Araújo (2003), perante esta realidade reafirmam que a patologia cardíaca desencadeia, na maior parte dos casos, o sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, da depressão e angústia. Todas estas sensações são potenciadoras de quadros de stresse e ansiedade, que poderão ser comprometedores do próprio prognóstico ou do sucesso do plano terapêutico.

A forma como cada pessoa vivencia a hospitalização varia de acordo com inúmeros fatores, muito devido ao seu carácter subjetivo. Além disso, existem algumas limitações que importam ter em conta, nomeadamente, emergem deste estudo a falta de informação, a imobilização no leito e a limitação no número de visitas recebidas. Matte (2014) encontrou no seu estudo relatos de desconforto, bem como expressões de impaciência relacionadas com a imobilização no leito durante a recuperação, tanto no período intra-hospitalar como após a alta. Por outro lado, a imobilização no leito, nalguns casos relacionada com intervenções terapêuticas como o cateterismo, causa

grande desconforto e dor principalmente na região dorsal (Pornratanarangi *et al.*, 2010).

Posto isto, cabe ao enfermeiro criar um espaço para o diálogo, dando prioridade à escuta e não só à transmissão de conhecimentos ou à aprendizagem de capacidades, procurando explorar as causas da ansiedade e demonstrando ao utente que as suas preocupações serão levadas em consideração (Freitas & Oliveira, 2006).

Ao recorrer aos cuidados de um profissional de saúde, a pessoa assume para si que é incapaz de resolver a situação. Por conseguinte, reconhece no outro competência técnica e científica para resolver o seu problema (Cainé, 2004).

Tal como também sugerem os resultados de Proença e Dell (2011), as pessoas percebem e reconhecem a dedicação, a intervenção contínua e de forma integral e a humanização do cuidado prestado pela equipa. Da mesma forma, a presença constante de profissionais de saúde, a sua proximidade com a pessoa, a segurança, o conhecimento técnico e científico, a paciência e o respeito, são atitudes facilitadoras da interação com a pessoa, e esta desenvolve maior segurança e tranquilidade perante o que a rodeia.

A queixa de falta de informação por parte dos participantes parece reportar-se sobretudo ao período crítico, ainda na urgência, quando ainda aguardavam pela realização do tratamento. Numa perspetiva mais física de limitação, a experiência de ter que estar deitado numa cama, também não foi positiva, tendo sido por vezes associada ao real estado de gravidade da sua situação. Outra situação vivenciada por alguns e que foi percebida como uma limitação durante o internamento na UCIC, agora de ordem relacional, foi o facto de as visitas serem restritas. A não possibilidade de poderem ter a família próxima de si durante mais tempo foi motivo de sofrimento, pela solidão que se adensava. Contudo, houve um participante que demonstrou ter compreendido o motivo dessa restrição, ou seja, descreveu que as visitas,

por vezes, não contribuem para o bem-estar e recuperação da pessoa. Mesmo confiando nos profissionais, a admissão no hospital é vivida com enorme tensão emocional e sentimento de solidão, mesmo quando são acompanhados por algum familiar (Gutiérrez *et al.*, 2006).

Ainda no contexto da hospitalização os participantes realçam a forma como foram cuidados pelos profissionais de saúde, salientando características como a rapidez na atuação, a competência e o sentimento de segurança transmitido. Durante o internamento, os participantes sentiram uma permanente vigilância e diálogo/comunicação por parte dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros, também comprovaram as qualidades quer profissionais quer humanas de todos os grupos profissionais, sendo que nas qualidades humanas ressaltaram a amabilidade e o carinho. Por último, valorizaram o trabalho global destes profissionais, que testemunharam ser muito e intenso. Relativamente ao sentimento de segurança, que parte dos entrevistados relataram ter sentido devido ao acompanhamento contínuo por parte dos profissionais, este acompanhamento permanente foi facilmente percebido pelos entrevistados, sobretudo pela forma como eram abordados pelos profissionais que demonstravam ser efetivamente confiáveis.

Não obstante as experiências positivas de internamento, muitas pessoas vêm-se confrontadas com altas cada vez mais precoces. Constatada a prematuridade de algumas delas, as pessoas recuperam parte da sua doença em casa, por vezes requerendo o apoio de um prestador de cuidados ou o envolvimento de algum recurso da comunidade.

Os conhecimentos que a pessoa dispõe podem ser reveladores de preparação, traduzindo-se numa melhor capacitação para a tomada de decisão (Oguz e Enç, 2008). Contudo, a apropriação do conhecimento prende-se com

as capacidades e necessidades particulares de cada pessoa. Por conseguinte, em muitas situações a informação transmitida não se transforma em conhecimento que garanta uma atuação eficaz (Mendes, Bastos & Paiva, 2010).

Perante esta situação, os enfermeiros têm um papel fundamental no ensino e na preparação da pessoa e/ou prestador de cuidados, sendo o suporte às respostas humanas face à doença e aos processos de vida (Ramos, 2015). Quando a pessoa se consciencializa acerca da sua doença e das implicações que a mesma pode ter na sua vida diária, manifestam-se sentimentos como o medo, a ansiedade, a preocupação e a insegurança. Relativamente à preparação do regresso a casa este foi outro dos aspetos essenciais para os participantes e que se centra na importância da preparação do mesmo após o EAM. Denota-se que nem todos os participantes perceberam da mesma forma a informação transmitida. Alguns entrevistados demonstraram não ter sido informados sobre aspetos relacionados com a sua situação de saúde, desde que foram admitidos na urgência hospitalar. Alguns demonstraram não terem sido informados sobre o procedimento do cateterismo, outros não souberam desde logo que o motivo do internamento era o facto de terem sofrido um EAM. Alguns participantes demonstraram também algum desconhecimento sobre a evolução da situação durante o internamento, assim como sobre outros aspetos relacionados com a alta, como por exemplo a marcação da primeira consulta após a alta. A preparação do regresso a casa é onde a falta de informação é mais crítica e alguns referem não ter tido informação nenhuma. Consegue depreender-se que alguns participantes demonstraram que gostavam de ter recebido mais informações sem terem a iniciativa de colocar questões, daí terem dado a entender que a informação tinha sido escassa. Contudo, a informação que os participantes obtiveram dos profissionais de saúde foi sempre bem-vinda e útil, quer sob a forma de educação

para a saúde por via oral ou escrita, esta última sob a forma de pequenos livros com ensinamentos mais pormenorizados. A hospitalização consequente a doenças cardiovasculares reveste-se de uma forte carga emocional sobre a estrutura psicológica da pessoa, que procura informações sobre a sua patologia, e requer sistematicamente cuidados dos profissionais de saúde para enfrentar o medo do desconhecido e afastar a ideia da gravidade do problema (Lourenci & Andrade, 2006).

O regresso a casa após a hospitalização, foi referido pelos participantes como sendo de transição para a nova situação de saúde com modificação de fatores de risco e com alterações nas relações pessoais resultantes deste processo de transição saúde-doença. Depois do EAM há evidência de alterações de alguns hábitos de vida, de fatores de risco e adoção de um estilo de vida saudável com adesão ao regime terapêutico. Neste processo de transição os participantes notaram principalmente a diminuição da capacidade física e o medo com que vivem de que o problema volte a recidivar.

Diferente do desejo de morrer por sentirem uma dor insuportável, é o conjunto de sentimentos contraditórios relacionados com a morte, que vivenciaram mais tarde, depois da alta. Ou seja, se por um lado o receio de virem a morrer por terem sofrido um EAM está bem presente, caracterizado por sentirem ansiedade e pelo medo contínuo do desconhecido e do futuro, por outro lado, alguns participantes não têm problema algum em dizer que por vezes sentem que a única alegria de viver reside no facto de pensarem na família, sobretudo nos mais novos. Alguns participantes consideraram que depois de terem passado pela experiência do EAM, reaprenderam a viver ou a valorizar a vida, com um olhar mais otimista em relação ao futuro. Pela forma súbita como se manifesta, o EAM tem um elevado impacto emocional, perturbando a pessoa e forçando-a a conviver com situações geradoras de medo, insegurança e ansiedade (Sousa & Oliveira, 2005). Por último, e na maior parte dos casos felizes com o

facto de o problema de saúde ter sido resolvido, os participantes iniciam uma reflexão sobre toda a experiência e sobre a forma como essa experiência marcará as suas vidas.

Por conseguinte, o plano de intervenção do enfermeiro deve contemplar sempre quer a pessoa doente quer a família, sendo que esta ação conjunta é fundamental nos períodos após a hospitalização em que a necessidade de estabilização física e emocional é fundamental, no sentido de evitar uma futura hospitalização (Mendes, Bastos & Paiva, 2010). Santos e Araújo (2003) realçam que a vivência de um EAM fornece uma oportunidade para as pessoas repensarem os seus objetivos de vida e suas prioridades e escolhas, pois percebem a necessidade de viver de forma mais consciente e deliberada.

No que diz respeito às alterações que ocorrem no processo familiar, Freitas e Oliveira (2006) sublinham que tanto o homem como a mulher têm responsabilidade na família nuclear pelo que, tanto a doença como a incerteza do que ocorrerá a dificuldade para assumir atos de responsabilidade e para conduzir a família. Espera-se que os enfermeiros, através da sua ação profissional, capacitem a pessoa para a tomada de decisão, para o autocuidado, refletindo-se essa capacitação na autoconfiança e na autorrealização (Mendes, Bastos & Paiva, 2010). Apreciando globalmente os resultados deste estudo podemos encontrar paralelismo com os resultados do estudo de Ferreira (2010), que analisou a qualidade dos cuidados de saúde à pessoas com doenças cardiovascular e particularmente a influência do exercício da profissão de enfermagem. Também neste estudo, quer doentes quer enfermeiros dão grande importância às competências relacionais e humanas.

CONCLUSÃO

Na atualidade o EAM é um grave problema de saúde pública, diretamente relacionado com os estilos de vida do

mundo atual. Para o doente é uma situação grave, em que se experienciam sentimentos de medo, incertezas e angústias, exacerbados com a necessidade de internamento numa UCIC. Porém, é fundamental que a nossa atuação ajude o doente a enfrentar o seu estado de saúde e a adotar hábitos de vida saudáveis.

Acredita-se que o conhecimento, descrição e compreensão das vivências destes participantes contribui para a otimização dos cuidados prestados às pessoas em situação semelhante, familiares ou outros significativos. Todos os participantes vivenciaram o EAM, mas teria sido também interessante analisar as vivências dos familiares ou cuidadores informais.

Assim, diferentes abordagens ao problema devem ser realizadas para melhor compreender o processo estudado e para encontrar formas de melhorar a prestação de cuidados. Seria interessante também perceber qual a relação da pessoa e família com os profissionais de cuidados de saúde primários, nomeadamente com os enfermeiros no sentido de perceber se existe continuidade de cuidados. Apoiar a pessoa na adaptação ao novo estado de saúde, acompanhando a alterações dos hábitos de risco, proporcionando-lhe suporte educacional e emocional aquando na necessidade de reajuste das atividades profissionais ou de vida diária, bem como abordar a questão do medo das recidivas. Em estudos futuros seria interessante realizar avaliações quantitativas, nomeadamente com escalas que avaliem a ansiedade perante a morte destas pessoas ou que avaliem a evolução em termos de dependência nas atividades de vida diária. Coloca-se ainda a questão sobre que apoios irão ter estas pessoas em termos de reabilitação funcional, outra área fundamental de cuidado prestado pelos enfermeiros. Os programas de reabilitação cardíaca são um contributo importante para estas pessoas mas que ainda não estão, infelizmente, implementados como deveriam no nosso país. Este pode ser um dos focos de atenção de futuros trabalhos de investigação.

Resta lembrar que o papel do enfermeiro na humanização do cuidado é de suma importância e esperando-se que este estudo tenha contribuído para uma reflexão sobre o tema e como estímulo para o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bull, M., Hansen, H. & Gross, C. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 76- 87.
- Cainé, J. (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio: uma análise do seu envolvimento durante o processo de cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto. Retirado de http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9748/7/5322_TM_01_P.pdf.
- Cintra, E. A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2001). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo*. São Paulo: Editora Atheneu.
- 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, Coimbra.
- Ferreira, P. A. (2010). *Enfermagem em Cardiologia: Contributos Sociopsicológicos e Profissionais para a Melhoria dos Cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Extremadura, Badajoz.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, M., & Oliveira, M. (2006). Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 642-646. Retirado de
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500009.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) (2011). Aspetos preventivos das doenças cardiovasculares. Retirado de http://cardiologia.brower.pt/PrimeiraPagina.aspx?ID_Content=54.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Grimmer, K., et al. (2006). Incorporating patient concerns into discharge plan: evaluation of a patient-generated checklist. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 4(2), 7.
- Gutiérrez, J., Segura, R., Padilla, J., & Fernández, C. (2006). El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo. *Index de Enfermería*, 15(52), 20-24. Retirado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100005.
- Lourenci, R., & Andrade, M. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco: análise da produção científica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3). Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23880&indexSearch=ID>.
- Machado, F. (2008). A família: uma perspetiva sociológica. *Hospitalidade*, 72(282), 39-43.
- Matte, R. (2014). Repouso de três horas no leito após cateterismo cardíaco diagnóstico com introdutor 6 french não aumenta complicações decorrentes da punção arterial: ensaio clínico randomizado. (Dissertação de Pós-Graduação). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97618>.
- McIntyre, T., Fernandes, A., & Soares, V. (2006). Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós- Enfarte do

- Miocárdio: Um Esforço Interdisciplinar. *Psic., Saúde & Doenças*, 1(1), 53-60. Retirado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36210105.pdf>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- 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.
- Mussi, F. (2004). O infarto e a rutura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(5), 751-759. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692004000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Oguz, S., & Enç, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation - International Council of Nurses*, 55(4), 462-467. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2008.00661.x/abstract;jsessionid=1E6F39528941879C83B44E69C1702522.f03t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Cardiovascular diseases (CVDs). *Fact sheet*, 317. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Pereira, F. M. P. (2000). *Significação das Vivências do Doente Confrontado com o seu Enfarte Agudo do Miocárdio*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Pornratanarangi, S. et al. (2010). The effectiveness of "Siriraj Leg Lock" brace on back pain after percutaneous coronary intervention: PCI. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl 1), 35-42. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364555>.
- Proença, M., & Dell, C. A. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279-286. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200010&script=sci_arttext.
- Ramos, S. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6631>.
- Sampaio, E., Mendes, A., Guimarães, A., & Mussi, F. (2012). Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Ciência, Cuidados e Saúde*, 11(4), 687-696. Retirado de http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17591/pdf_1.
- Santos, F. L., & Araújo, T. L. (2003). Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), 742-8. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a07.pdf>.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.