

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Raquel Pötter Garcia

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Raquel Pötter Garcia

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Dra Maria de Lourdes Denardin Budó

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pötter Garcia, Raquel
Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio /
Raquel Pötter Garcia.-2013.
105 p.; 30cm

Orientador: Maria de Lourdes Denardin Budó
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Família 2. Infarto do Miocárdio 3. Doenças
Cardiovasculares 4. Doença Crônica 5. Enfermagem I.
Denardin Budó, Maria de Lourdes II. Título.

Dedico este trabalho

AOS MEUS PAIS, valores da minha vida...

Antes de mim, para vocês.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado**

CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

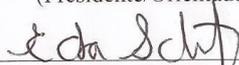
elaborada por
Raquel Pötter Garcia

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA



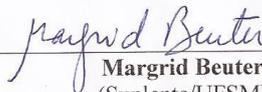
Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a
(Presidente/Orientadora/UFSM)



Eda Schwartz, Dr^a
(Titular/UFPel)



Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini, Dr^a
(Titular/UFSM)



Margrid Beuter
(Suplente/UFSM)

Santa Maria, 25 de janeiro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à **Deus** por ter me conduzido sempre pelo melhor caminho e por ter permitido que eu alcançasse mais essa conquista.

Agradeço aos **meus pais** por incentivarem minha busca pelo estudo e por compartilharem valores que levarei para sempre em minha vida. Com vocês aprendi o verdadeiro significado de ser família. As palavras se perdem na imensidão de orgulho que vejo nos olhos de vocês me incentivando a ir cada vez mais longe. Amo vocês incondicionalmente.

Ao **meu irmão Bruno**, meu amigo e companheiro. Obrigada pela paciência, compreensão e cuidado comigo. Desculpe minhas palavras ríspidas nos momentos de aflição. O calor do teu abraço apertado está sempre comigo.

Ao **meu irmão Gilberto**, agradeço por ter vindo ao mundo e por ter me permitido ser uma pessoa mais compreensiva com a família. Mais que irmão, um filho.

Ao **meu namorado, Daniel**...Nem sempre pude estar presente, tanto pela distância física, quanto pelas minhas atividades. Agradeço pelo carinho, pela atenção e pelo amor que tens por mim. Obrigada por ouvir meu choro e pelas palavras de incentivo que mesmo, às vezes, distorcidas, por mim, foram essenciais para meu amadurecimento. Isso também é por nós e por nosso desejo de seguir em frente juntos como família. Te amo infinitamente!

A **minha avó (vó Tida)**, sua enfermidade nos fez mais próximas e, assim, foi possível perceber a família em sua mais pura verdade. Agradeço pelo cuidado e atenção, mesmo quando passavas por períodos difíceis. Admiro sua força e vontade de viver.

Aos **meus tios, Luciana e Valter**, por estarem comigo nesta trajetória e por vivenciarem, até mesmo mais que meus pais, minhas lutas, derrotas e vitórias. Agradeço a convivência, os diálogos e o apoio. Acima de tudo, agradeço pela **minha afilhada, Helena**, meu melhor presente, minha alegria nas horas de tristeza e desânimo. És uma guerreira, meu anjinho.

Ao **meu primo Pedro Augusto**, que por circunstâncias da vida, me aceitou por um período como sua própria mãe. Nesse momento percebi a força da família e o fortalecimento de nosso vínculo para sempre. Foi uma experiência maravilhosa. Te amo como se fosse meu filho.

À **Bibi, minha cunhada** e quase irmã. Ter tua companhia nessa trajetória foi muito importante. Obrigada por me ouvir e sempre ter uma palavra de apoio.

Às **minhas amigas: Tassi, Jô, Ste, Bruna, Mari, Si, Day, Nai e Marciele**. É muito bom saber que tenho pessoas assim por perto. Vocês realmente são a prova de que a família pode ultrapassar laços de consanguinidade.

À **Tassi e Jô**, minhas amigas, meu orgulho. Obrigada por me acompanharem desde a graduação e terem sempre sua sinceridade como palavra para minhas angústias. Juntas somos nós mesmas e os momentos, independente do tempo e da distância são sempre iguais: tão divertidos que fazem "minhas bochechas doerem de tanto rir".

À **Ste**. Inicialmente agradeço por ter me motivado a seguir com firmeza no caminho da pesquisa e, por isso, essa vitória também é sua. Obrigada pelos conselhos, hospedagens, preocupações e por acreditar e confiar em mim desde o começo. Entre um parágrafo e outro dessa trajetória, por diversas vezes meu conforto e alívio foram nossas conversas e gargalhadas virtuais.

À **Bruna**, minha bolachinha... Priorizo aqui falar de nossa amizade que foi construída no meio acadêmico e aos poucos se fortaleceu para além dele. Nossas conversas, risadas, desabafos, olhares que só nós entendemos refletem a cumplicidade que existe entre nós. Não basta dizer que é amiga, tem que estar junto, ao lado.

Mari...É difícil falar e agradecer...mas, obrigada imensamente por cuidar de mim e pelos momentos de incentivo, pelas frases, palavras, músicas e mensagens. Tua energia é contagiante, passa segurança e foi estimulante para que eu seguisse em frente. É uma honra ter tua amizade sincera e o acolhimento de todas as horas.

Si...obrigada pelo estímulo, carinho e disponibilidade comigo. Nossas conversas sempre aliviaram os momentos de aflição.

À **Day**..obrigada por não desistir de mim e por buscar sempre maneiras de manter nosso vínculo de amizade fortalecido. Tua presença, mesmo que não fosse física, sempre foi muito importante. Amo!

À **Nai**, por ter tua amizade demonstrada sempre com muita sinceridade. É uma pessoa especial em minha vida, principalmente por compartilhar dos mesmos anseios e desejos comigo.

À **Marciele**, minha colega e amiga. Obrigada por compartilhar todos os momentos do mestrado e por torná-los sempre muito divertidos. Está sempre comigo, no coração.

Ao **Grupo de Pesquisa**...vou “embora”, mas os laços aqui construídos são fortes e se sustentam a cada dia pelo sentimento de pertencer à essa família. Jamais conseguiria especificar tudo que vocês representam para mim. Eternamente grata. Levo no coração aonde eu for.

À **Jamiles, Laís, Tiffany, Taís e Mari Robaina**...obrigada por confiarem em mim na orientação e revisão dos trabalhos científicos. Aprendi muito com vocês.

À **Enfª Vânia Durgante** por ter facilitado meu itinerário dentro do hospital de acesso às famílias. Sua tranquilidade e paciência transmitiram segurança para seguir em frente.

À **professora Maria Denise**, meu sincero agradecimento. Lembro como se fosse hoje, eu no terceiro semestre, sua aluna e o incentivo de tua parte para que eu participasse do grupo de pesquisa. Foi assim que iniciei minha trajetória no caminho da pesquisa e que hoje concluo mais essa etapa com quem considero minha segunda família. Obrigada por acreditar em mim e impulsionar meu trabalho. Mais que professora, uma amiga. Lhe admiro muito!

À **minha orientadora e amiga Profª Maria de Lourdes**. Uma de minhas maiores incentivadoras. Obrigada por acreditar em mim e por sempre estimular minha busca para além do que muitas vezes achei que pudesse. És a prova de que a relação orientador/orientando pode ser horizontal e com troca compartilhada de conhecimentos. Obrigada pelos ensinamentos pessoais e profissionais. É um exemplo de enfermeira, professora e de amiga. Nossa relação ultrapassa as barreiras da formalidade e sei que estaremos sempre mantendo essa forte energia que nos une.

Agradeço às **professoras integrantes da banca de defesa** dessa dissertação, **Dra Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini e Dra Margrid Beuter** por estarem novamente ao meu lado, nessa caminhada, colaborando para meu crescimento. Suas contribuições são sempre valiosas e enriquecedoras. Em especial, agradeço à **professora Eda Schwartz** que além de aceitar participar da banca de defesa, também me acolheu como sua orientanda no seguimento desta trajetória. Obrigada pela oportunidade de aproximação e de aprofundar meus conhecimentos junto à “família” da Universidade Federal de Pelotas.

Aos **colegas da 5ª Turma do mestrado**, em especial à **Tóia, Danilo, Carol e Sandra**. Obrigada pelo aprendizado mútuo e a troca de experiências durante o mestrado. Vocês foram muito importantes!

Agradeço à compreensão e paciência dos **alunos das 70ª e 71ª turmas do Curso de Enfermagem da UFSM**, os quais foram essenciais para meu amadurecimento pessoal e profissional. Estar com vocês me fez sentir a real satisfação de ser docente.

Agradeço à **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFSM)** por me oportunizar fazer parte de sua equipe. O aprendizado foi enriquecedor.

Agradeço à **Universidade Federal de Santa Maria** por ter colaborado para minha formação de graduação e pós-graduação e por disponibilizar tantas alternativas aos seus estudantes.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria** e seus professores obrigada pelo compartilhamento de saberes e a disponibilidade que sempre demonstraram. Parabéns pela seriedade e empenho com que enfrentam as adversidades acadêmicas. Tenho muito orgulho de fazer parte dessa história.

Ao **Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)**, pela disponibilização da bolsa de mestrado.

Ao **Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)**, berço de minha formação, agradeço por ter autorizado a realização dessa pesquisa e contribuído novamente para minha continuidade acadêmica.

Por fim, agradeço às **FAMÍLIAS DESTE ESTUDO**, as quais me permitiram adentrar em seus domicílios, abrindo espaço para a revelação do cuidado em família. Obrigada por me fazerem sentir a família como ela é.

*Família é quem convive; é de quem se aprende;
é com quem a gente se dá bem; é quem se conhece;
é quem é amigo; é quem lhe faz bem e lhe faz sentir bem;
é quem lhe entende e lhe retribui; é quem cria. Família é quem cuida.*

Autor Desconhecido

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

AUTORA: RAQUEL PÖTTER GARCIA
ORIENTADORA: DRA MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Local e Data da Defesa: Santa Maria, 25 de janeiro de 2013.

As doenças cardiovasculares compõem situações relevantes de incapacidades e mortes em todo o mundo. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) caracteriza-se como uma complicação da Doença Arterial Coronariana, que é a forma mais frequente da doença aterosclerótica crônica. Portanto, o IAM constitui-se em uma manifestação aguda de uma doença crônica. O adoecimento do coração pode desencadear no paciente e família grande sofrimento emocional, pois todos os seus integrantes são afetados e a dinâmica familiar também se altera na busca do equilíbrio. Ao visualizar a família como uma unidade, torna-se possível detectar as interações entre os seus integrantes e compreender seus cuidados e o funcionamento do grupo frente à doença. Este estudo teve como **objetivo geral** compreender como se desenvolve o cuidado familiar após a ocorrência de IAM em um dos integrantes da família. E como **objetivos específicos**: descrever as vivências imediatas e atuais da família no pós IAM; Conhecer o cuidado desenvolvido pelas famílias de pacientes pós IAM; e conhecer o apoio social recebido pela família frente à necessidade de cuidado pós IAM. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com seis famílias de pacientes pós IAM. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012 e realizou-se por meio de observação no Ambulatório de Cardiologia e no domicílio dos participantes, bem como por entrevista com a família. Essa foi composta pela construção do genograma e ecomapa da família, bem como por questionamentos previstos em um roteiro. O diário de campo foi utilizado para o registro das percepções e observações do pesquisador. Para auxiliar na codificação das entrevistas foi empregado o *software* Atlas Ti 6.2, sendo os dados trabalhados com a análise temática. A pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 e foi aprovada pelo Comitê de Ética sob nº 0372.0.243.000-11. Os resultados são apresentados no formato de artigo: **Artigo 1:** Vivências da família após infarto agudo do miocárdio; **Artigo 2:** Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio: implicações para a enfermagem; **Artigo 3:** Apoio social da família frente à necessidade de cuidado após infarto do miocárdio. A compreensão das vivências das famílias após o IAM auxilia na aproximação com seu contexto e formas de cuidar, o que permite afirmar que o cuidado familiar, frente ao IAM, depende da etapa da doença pela qual a família passa, sendo em alguns momentos mais intenso e em outros menos. Além disso, no interior da família puderam ser encontradas maneiras diferentes de cuidado que mantêm a família na constante tentativa de conservar o seu equilíbrio. Para a realização do cuidado é necessário ainda o apoio de outros sistemas, além da família, como vizinhos, amigos e profissionais. Nesse sentido, cabe à Enfermagem inserir-se de forma mais efetiva na vida dos indivíduos e suas famílias, por meio de atividades de prevenção e promoção da saúde, pois as famílias evidenciaram a realização de práticas assistenciais imediatistas e voltadas somente para questões relacionadas com a internação hospitalar.

Palavras-Chave: Enfermagem. Família. Infarto do Miocárdio. Doença Crônica. Saúde da Família. Doenças Cardiovasculares.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Nursing Pos-Graduation Program
Federal University of Santa Maria

FAMILY CARE AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

AUTHOR: RAQUEL PÖTTER GARCIA
ORIENTATOR: DRA MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ
Place and Date of the defense: Santa Maria, January, 25th of 2013.

The cardiovascular diseases compose relevant situations of disabilities and deaths worldwide. The Acute Myocardial Infarction (AMI) is characterized as a complication of the Coronary Artery Disease, which is the most frequent form of the chronic atherosclerotic disease. Thus, the AMI is an acute manifestation of a chronic disease. The heart illness may trigger in the patient as well as in the family a considerable emotional suffering, as everyone is affected and the family dynamics is changed in order to find a balance. When visualizing the family as a unit, it is possible to detect the interactions between its members and understand its cares and the way it works concerning the disease. This study had as its **general purpose** understanding how the family care develops after an AMI event in one of its members. And as **specific purposes**: describe the immediate and current experiences faced by the family after an AMI; know about the care developed by the patient's families after an AMI; and know about the social support the family receives concerning the care necessity after an AMI. It is an exploratory, descriptive, qualitative, field research, carried out with six families of post AMI patients. The data collection took place between February to May 2012 and it was held through observation sessions at the Cardiology Ambulatory and at the patient's residences, as well as through interviews with the families. Such interview was composed by a genogram construction and a family ecomap, as well as questions previously planned in a guide. The field journal was used to register the researcher's perceptions and observations. In order to help in the coding of the interviews, the software Atlas Ti 6.2 was used, and the data go through thematic analysis. The research met the ethical principles of the Resolution n. 196/96 and was approved by the Ethics Committee under the n. 0372.0.243.000-11. The results are presented in the article format: **Article 1**: Family experiences after acute myocardial infarction; **Article 2**: Family care after an acute myocardial infarction: implications for nursing; **Article 3**: Family social support concerning the necessity of care after myocardial infarction. The understanding of the families experiences after the AMI helps approaching the context and appropriate care, which enables affirming that the family care, concerning the AMI, depends on the phase of the disease which the family is facing, in which some moments such care more intense and in others it is less. Besides that, within the family, it was possible to find different ways of care which keep the family in a constant attempt to keep the balance. To have this care given, it is also necessary the support of other systems, besides the family, such as neighbors, friends and professionals. Thus, it concerns the Nursing field to more effectively take part in the life of the individuals and their families, through the use of health promotion and prevention activities, as the families pointed out the use of immediate assistance practices concerning only questions related to hospitalization.

Keywords: Nursing. Family. Myocardial Infarction. Chronic Disease. Family health. Cardiovascular Diseases

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Genograma da Família 1 (F1).....	28
Figura 2 – Ecomapa da Família 1 (F1).....	29
Figura 3 – Genograma da Família 2 (F2).....	30
Figura 4 – Ecomapa da Família 2 (F2).....	30
Figura 5 – Genograma da Família 3 (F3).....	31
Figura 6 – Ecomapa da Família 3 (F3).....	32
Figura 7 – Genograma da Família 4 (F4).....	33
Figura 8 – Ecomapa da Família 4 (F4).....	33
Figura 9 – Genograma da Família 5 (F5).....	34
Figura 10 – Ecomapa da Família 5 (F5).....	35
Figura 11 – Genograma da Família 6 (F6).....	36
Figura 12 – Ecomapa da Família 6 (F6).....	36
Figura 13 – Vivências da Família.....	92
Figura 14 – Cuidado da Família.....	92
Figura 15 – Apoio da Família.....	92

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Legenda Ecomapa e Genograma.....	98
Anexo B - Autorização do Hospital Universitário de Santa Maria.....	99
Anexo C – Autorização do Comitê de Ética.....	100

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Dados para construção do Genograma e Ecomapa.....	102
Apêndice B – Roteiro de Entrevista e Observação	103
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	104
Apêndice D – Termo de Confidencialidade	105

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	19
2.1 Desenho da pesquisa.....	19
2.2 Cenário da pesquisa.....	19
2.3 Participantes da pesquisa	21
2.4 Critérios de inclusão e exclusão	22
2.5 Coleta de dados	22
2.6 Análise dos dados.....	24
2.7 Aspectos éticos.....	25
3 RESULTADOS	27
3.1 Caracterização das famílias pesquisadas	28
3.2 Artigo 1: Vivências da família após infarto agudo do miocárdio	38
3.3 Artigo 2: Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio: implicações para a enfermagem.....	55
3.4 Artigo 3: Apoio social da família frente à necessidade de cuidado após infarto do miocárdio	71
DISCUSSÃO.....	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	93
ANEXOS.....	97
Anexo A – Legenda Ecomapa e Genograma.....	98
Anexo B - Autorização do Hospital Universitário de Santa Maria	99
Apêndice C: Autorização do Comitê de Ética.....	100
APÊNDICES	101
Apêndice A – Dados para construção do Genograma e Ecomapa.....	102
Apêndice B – Roteiro de Entrevista e Observação	103
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	104
Apêndice D – Termo de Confidencialidade	105

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira, nos últimos anos, tem enfrentado uma transição demográfica devido à redução das taxas de fecundidade, natalidade e aumento da expectativa de vida. A cada ano, acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos e esse fato reflete no envelhecimento populacional e no surgimento de epidemias das doenças crônicas (BRASIL, 2005). Essas se caracterizam pelas doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (OMS, 2005).

As condições crônicas causam diversas alterações na vida dos indivíduos e suas famílias; provocam mortes prematuras e situações que repercutem em diversos contextos da sociedade (OMS, 2005). No ano de 2008, representaram 36 milhões dos 57 milhões de mortes no mundo e estimativas apontam que no ano de 2015 serão 41 milhões do total de 64 milhões de óbitos mundiais (BRASIL, 2011; OMS, 2005). Além disso, constituem problemas de saúde pública, pois são persistentes e exigem cuidados contínuos por um longo período (OMS, 2003).

As doenças cardiovasculares, em específico, e suas causas secundárias implicam grandes despesas financeiras para os governos, famílias e indivíduos (WHO, 2004). Dentre as doenças crônicas, compõem situações relevantes de incapacidades e mortes em todo mundo (OMS, 2008). No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31,3% do total de 72% de óbitos que ocorrem pelas doenças crônicas, representando a maior causa de mortes no país (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011). Embora alguns estudos, como do Ministério da Saúde (2007), Mansur *et al.* (2002) e Mansur *et al.* (2009) abordem a tendência ou redução do risco de morte para essas doenças, tal situação ainda é alarmante, visto que novas estratégias necessitam ser elaboradas para atenuar o problema (BRASIL, 2011).

Os eventos coronarianos e cerebrovasculares podem ocorrer de maneira repentina, levando a morte antes mesmo de se obter assistência médica. Diante disso, a alteração dos fatores de risco, como, por exemplo, a hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e tabagismo pode reduzir esses episódios, bem como atenuar as mortes prematuras (OMS, 2008).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) caracteriza-se como uma Cardiopatia Isquêmica (CPI) e surge, principalmente, como uma complicação da Doença Arterial Coronariana, a qual é a forma mais frequente da doença aterosclerótica (LEFANT; SEVERAGE, 1995). A aterosclerose trata-se de uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, que acomete a camada íntima de artérias de médio e grande calibre formando uma placa lipídica (SPOSITO *et al.*, 2007). Essa placa é formada ao longo do tempo e pode romper, causando

hemorragia, fissura ou ulceração, o que obstrui parcialmente ou totalmente o suporte de oxigênio e suprimentos ao coração, desencadeando a isquemia miocárdica (SCHOEN; MITCHELL, 2008). Portanto, o IAM aparece como uma manifestação aguda de uma doença crônica (LAURENTI; BUCHALLA; CARATIN, 2000).

Mesmo com o possível declínio da mortalidade pelas doenças cardiovasculares na população brasileira, ainda observa-se que a mortalidade por Cardiopatia Isquêmica (CPI) reduz de maneira mais lenta que as doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2007; SCHMIDT *et al.*, 2011). Tal fato torna-se um problema, pois com essa enfermidade estabelecida, os indivíduos apresentam alto risco de desenvolver episódios cardiovasculares recorrentes (OMS, 2008). Posteriormente a ocorrência do IAM, existem diversos eventos que podem ser identificados, tais como a morte, novo IAM, angina instável, arritmias ventriculares e desenvolvimento de insuficiência cardíaca. A identificação do tipo de infarto e suas possíveis complicações tornam-se uma importante ferramenta na prevenção e tratamento precoce de novos episódios cardiovasculares (TORRES, 2008).

Nesse sentido, a doença cardíaca gera tensões, à medida que impõe novos desafios aos indivíduos, como controle da dieta, uso de medicação contínua, além de outros medos que podem surgir, dependendo da fase da doença. Destaca-se que essas questões tornam-se, para muitos indivíduos, um fator limitante para se ter uma vida normal, o que afeta a qualidade de vida e altera os diversos setores do cotidiano (CAETANO; SOARES, 2007). Dessa forma, o IAM aparece como uma condição que gera impacto na vida das pessoas, por constituir, geralmente, uma sensação até então nunca experimentada pelos indivíduos (SOUSA; OLIVEIRA, 2005).

A condição crônica altera significativamente a vida do paciente e o processo de viver na família, gerando novas necessidades diárias (VISENTIN; LENARDT 2010). O grupo familiar é a primeira referência para o apoio, o qual pode estar relacionado ao cotidiano e condições específicas do cuidado e tratamento da condição crônica (ARRUDA *et al.*, 2010). É a família que, muitas vezes, vivencia conjuntamente a adaptação e a trajetória a ser percorrida pelas imposições do processo saúde/doença. Os membros da família são afetados e a organização e o funcionamento da dinâmica familiar se alteram também para a busca do equilíbrio (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Ocorre um movimento no sentido de enfrentar o novo desafio, atendendo as demandas geradas e garantindo o funcionamento do sistema familiar (BERTOLDO; GIRARDON-PERLINI, 2007).

No caso dos pacientes pós-infarto, a família pode atuar como estimuladora dos cuidados necessários, auxiliando no restabelecimento pós-internação hospitalar, controle da doença e reinserção do indivíduo na sua rotina de vida. Para Marcon *et al.* (2004) o período de internação

hospitalar, nas doenças crônicas, representa um pequeno momento e, posteriormente, a família assume a maior parcela do cuidado, dando continuidade e contribuindo para o restabelecimento da saúde. Apesar disso, outras formas de apoio também podem surgir na presença de uma doença crônica, como os vizinhos e amigos (GARCIA, 2012).

Diante dessas considerações, cabe destacar que cada família enfrenta essa fase de uma maneira diferente, sobretudo, porque nos dias atuais não há um padrão homogêneo e nem estabilidade do grupo familiar. Modificam-se papéis e relações familiares, as quais se tornam menos hierarquizadas e mais flexíveis. Os indicadores da realidade brasileira confirmam essas tendências, como a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear (TRAD, 2010). Portanto, a família é uma unidade dinâmica com sua identidade própria e constituída por uma estrutura e organização em constante transformação (ELSEN *et al.*, 2011).

Cada sistema familiar comporta um conjunto de valores, crenças e conhecimentos que irão conduzir as práticas da família na promoção de saúde de seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. O cuidado familiar¹ concretiza-se nas ações e interações presentes na família e se direciona a cada um dos seus membros individualmente ou ao grupo todo. É definido a partir do mundo de significados de cada família e quando saudável objetiva o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar (ELSEN, 2004).

Na família e pela família são produzidos cuidados essenciais à saúde e, por isso, a experiência de adoecimento é um evento único, vivenciado de acordo com as características de cada indivíduo e do seu ambiente familiar (GUTIERREZ; MINAYO, 2010; SANTOS; ARAÚJO, 2003). Ao visualizar a família como uma unidade, torna-se possível detectar as interações entre os seus membros e explicar o funcionamento de cada um deles e do grupo frente à doença (WRIGHT; LEAHEY, 2008). Assim, faz-se imperativo conhecer as crenças, as dificuldades e o modo como a família cuida de si e de seus integrantes, buscando, dessa forma, um atendimento integral.

Considerando o decorrer de minha trajetória acadêmica, no Curso de Enfermagem, encontrei doentes crônicos cardiovasculares nos mais diversos cenários de atenção à saúde. Esses se apresentavam com várias alterações no estado de saúde, acumulando, muitas vezes, doenças associadas, mas que se prevenidas precocemente seriam evitadas. A família, que poderia auxiliar na prevenção, tratamento e recuperação do doente, por também fazer parte da vida cotidiana, pouco era inserida nas práticas dos profissionais de saúde, os quais atuavam

¹Terminologia que Elsen (2004) definiu como uma proposta de sistematização conceitual. É um fenômeno que se constrói ao longo da vida familiar, com particularidades específicas. Apesar da expressão utilizada por Elsen ser cuidado familiar, nesse trabalho optamos por utilizar cuidado familiar.

frente decisões imediatistas, pautadas, basicamente, no modelo biomédico, centrado na doença. Isso me sensibilizava a incluir a família nas práticas de cuidado, no intuito de reconhecer essa como relevante para a melhora do doente, se não essencial em grande parte dos momentos.

A participação no Grupo de Pesquisa desde o início da graduação, bem como experiências vivenciadas em projetos de extensão, possibilitaram a construção de saberes acerca da família e dos doentes crônicos. Dessa forma, motivei-me para desenvolver o trabalho de conclusão de curso na temática, direcionando meus estudos para a área da doença crônica. O meu trabalho teve por objetivo conhecer os saberes e práticas de cuidado dos cuidadores familiares de pacientes crônicos com perdas funcionais e dependência. Concluiu-se que é no domicílio que ocorrem grande parte das intercorrências das doenças crônicas e que as circunstâncias e momentos são únicos para cada família, dentre os quais, dificilmente serão detectados por pessoas que não convivem e residem no ambiente. Desse modo, cada família possui suas peculiaridades e possibilidades de agir nas mais variadas situações, caracterizando cuidados individuais e coletivos (GARCIA, 2010). Este trabalho respondeu alguns dos meus questionamentos relativos ao ambiente familiar, mas instigou-me para a busca de novos conhecimentos da estrutura da família frente à cronicidade.

Ainda, vivenciei o adoecimento crônico em meu próprio contexto familiar, o que ocasionou uma desestruturação temporária e a posterior reorganização da família frente à doença. Tais situações me levaram a questionar acerca da importância do cuidado familiar, pois se ele não existisse seria difícil prosseguir diante da situação que se apresentava.

A opção pela temática da doença cardiovascular e mais especificamente a família do paciente pós IAM, ocorreu, ainda, devido a visualização, durante estágios curriculares e extracurriculares vivenciados na graduação, das complicações de saúde que acometem esses indivíduos e também pelo número reduzido de publicações da temática com abordagem familiar. Grande parte dos estudos destacam questões biológicas referentes ao IAM, o momento de agudicidade da doença e também a internação em Unidade Cardiológica (SCHNEIDER *et al.*, 2008; SCHERER *et al.*, 2011; GOUVEIA; VICTOR; LIMA, 2011). Além disso, foram encontrados muitos estudos realizados por médicos na área do infarto, porém destacando bastante a utilização de medicamentos ou técnicas nas cirurgias cardíacas. Com isso, considera-se que por meio desse trabalho se estará contribuindo para a produção científica na área, ampliando a compreensão das relações familiares e dinâmica familiar frente à situação de adoecimento cardiovascular.

Destaca-se a relevância do trabalho para a Enfermagem, já que essa, em grande parte das vezes, é responsável por construir ou consolidar o vínculo com o paciente e sua família,

compartilhando conhecimentos durante a internação hospitalar e posterior acompanhamento. Ainda, com a divulgação dos resultados da pesquisa e posterior consumo das publicações pode-se favorecer uma maior aproximação dos enfermeiros ao campo de saber familiar e contribuir para o desenvolvimento de ações pautadas na realidade do cuidado das famílias.

Diante disso e considerando a necessidade dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, visualizar a totalidade do indivíduo acometido por CPI, a presente dissertação teve como **objeto do estudo** o cuidado familiar após ocorrência de IAM em um dos integrantes da família e a seguinte **questão norteadora**: Como se desenvolve o cuidado familiar após a ocorrência de IAM em um dos integrantes da família?

Para responder essa questão, o **objetivo geral** do estudo foi compreender como se desenvolve o cuidado familiar após a ocorrência de IAM em um dos integrantes da família. E como **objetivos específicos**:

- Descrever as vivências imediatas e atuais da família no pós IAM;
- Conhecer como é desenvolvido o cuidado pelas famílias de pacientes pós IAM;
- Conhecer o apoio social recebido pela família frente à necessidade de cuidado pós IAM.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir são descritos os detalhes do percurso metodológico que foram utilizados durante a realização da pesquisa de campo, tais como: desenho da pesquisa, cenário da pesquisa, participantes, critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, análise dos dados, aspectos éticos.

2.1 Desenho da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, que teve como foco o cuidado familiar após situação de IAM em um dos integrantes da família. O trabalho de campo facilita a interação entre pesquisador e sujeitos de pesquisa, bem como permite desenvolver um conhecimento que parte da realidade, a qual é espaço de diversas manifestações (MINAYO, 2010).

O cuidado familiar, por envolver subjetividades e representar diversos aspectos culturais de uma família, configurou-se num estudo a ser abordado pela pesquisa qualitativa, a qual trabalha com o universo dos significados, crenças e valores. Ao estudar a família puderam ser apreendidas as relações sociais existentes, o que responde a questões particulares de uma realidade que não pode ser quantificada, mas sim compreendida e explicada por meio dessas relações (MINAYO, 2010).

O aspecto descritivo proposto nesta pesquisa permitiu um levantamento de opiniões, atitudes e crenças, indo ao encontro do objetivo do trabalho. Além disso, a característica exploratória proporcionou uma visão geral acerca do cuidado familiar, propondo aproximação com o problema pesquisado, sendo flexível para o aprimoramento de ideias e descoberta de percepções (GIL, 2008).

2.2 Cenário da pesquisa

O cenário de pesquisa foi o domicílio das famílias que possuíam pacientes pós IAM. No entanto, o acesso a esses pacientes e, conseqüentemente, a sua família ocorreu por meio do Ambulatório de Cardiologia (AC) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

O HUSM, fundado em 1970, é centro de referência secundária e terciária para a saúde da região centro do Estado do Rio Grande do Sul, abrangendo 44 municípios que compreendem a 4ª e 10ª Coordenadoria de Saúde e atendendo, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde. Atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde. Possui serviços de emergência, internação, cirúrgicos e ambulatoriais (HUSM, 2011).

Os ambulatórios incluem 53 salas das mais diversificadas especialidades médicas distribuídas no hospital (HUSM, 2011). O serviço de cardiologia pertence ao Ambulatório Adulto Ala I do HUSM e localiza-se no andar térreo. No local são realizadas consultas, exames diagnósticos e tratamentos. O serviço de enfermagem é composto por três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem, os quais prestam assistência de enfermagem a todas as especialidades vinculadas ao ambulatório.

Os enfermeiros do Ambulatório Ala I possuem uma visão ampliada sobre as especialidades disponíveis e mantêm contato direto com os médicos e médicos residentes. Têm funções de coordenar a equipe de enfermagem, desenvolver atividades burocráticas e administrativas, bem como realizar procedimentos técnicos. Além disso, os enfermeiros do local possuem uma proximidade e vínculo fortalecido com os pacientes que fazem acompanhamento e seus familiares, pois grande parte deles necessita realizar consultas por um longo período².

No AC atuam dois médicos residentes em cardiologia e um médico cardiologista. As consultas são previamente agendadas e ocorrem em todos os dias úteis da semana, no turno da tarde pelos médicos residentes, e nas quintas-feiras de manhã pelo médico cardiologista. Um dos médicos residentes atende nas terças e quintas-feiras, com uma média de 57 consultas mensais, e o outro atua nas segundas, quartas e sextas-feiras, com média de 72 consultas por mês. Ressalta-se que algumas consultas extras são realizadas, dependendo da necessidade dos pacientes que são encaminhados².

O agendamento é efetuado no setor de marcação de consultas do HUSM, sendo que a primeira consulta deve ser encaminhada pela Atenção Básica via Secretaria de Saúde do Município de origem do paciente, conforme as vagas liberadas pelo hospital. Alguns pacientes, após a alta hospitalar, se forem referenciados para o ambulatório de cardiologia do HUSM, recebem o encaminhamento da consulta, necessitando somente agendar. Os retornos são marcados pelo profissional, ou seja, o paciente sai da consulta com a data de retorno definida.

²Dados fornecidos verbalmente pela secretária e profissionais de saúde do Ambulatório Adulto Ala I do HUSM.

Os pacientes pós IAM mantêm acompanhamento permanente no AC; o intervalo entre uma consulta e outra depende das doenças associadas, das possíveis complicações posteriores e da evolução do paciente. No entanto, se existem condições de saúde positivas, o médico residente pode prolongar o intervalo de retorno entre as consultas². Nesse sentido, justifica-se a escolha do AC do HUSM para captação dos sujeitos de pesquisa devido à facilidade de localização dos pacientes pós IAM e, conseqüentemente, de contatar com suas famílias para participação no estudo.

Já o domicílio das famílias foi escolhido para cenário da coleta de dados por se entender que o local onde as famílias residem e vivem cotidianamente com o paciente pós IAM possibilita melhor apreensão dos movimentos e das relações que fazem parte da rotina familiar. Nesse sentido, as entrevistas no domicílio possibilitaram às famílias sentirem-se mais confortáveis para falar do cuidado familiar após IAM, já que estavam no seu ambiente natural.

A aproximação com o campo foi realizada por meio de contato inicial com uma das enfermeiras do ambulatório, a qual intermediou as visitas ao AC e favoreceu o conhecimento da equipe de médicos residentes que atendem os pacientes pós IAM.

2.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa foi realizada com seis famílias que tinham um paciente pós IAM em sua composição. A família foi definida pelo próprio paciente e poderia ultrapassar laços de consanguinidade, adoção ou matrimônio, sendo composta pelos relacionamentos significativos referidos pelo paciente (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Totalizaram-se 18 pessoas entrevistadas.

A seleção das famílias ocorreu a partir dos pacientes pós IAM que estavam em acompanhamento no AC. Inicialmente foram lidos os prontuários desses pacientes a fim de detectar aqueles que estavam em período pós IAM e que pudessem se adequar aos critérios de inclusão da pesquisa, caracterizando uma amostra intencional. Segundo Turato (2008), nesse tipo de amostra, os sujeitos são escolhidos de forma que atendam os pressupostos do trabalho e tragam informações relevantes acerca do assunto. Para Minayo (2010) a quantidade ideal de sujeitos deve ser capaz de abranger todas as dimensões do objeto de pesquisa, justificando a necessidade de captar os dados de identificação do IAM aterosclerótico no prontuário anteriormente.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa as famílias que tinham um integrante com diagnóstico médico de IAM progressivo por aterosclerose em tempo de no mínimo seis meses e máximo de 24 meses. Além disso, este deveria estar em acompanhamento médico no AC do HUSM. Os integrantes das famílias foram indicados pelo paciente, no momento da conversa informal no AC ou convidados por ele na visita estabelecida pelo pesquisador no domicílio. Segundo Wright e Leahey (2012), para configurar a representação da família é necessário a presença de pelo menos duas pessoas, sendo que o paciente pode ser uma delas.

O recorte temporal foi estabelecido devido à necessidade de apreender o cuidado familiar pós o IAM, mas não em período recente, no qual ainda poderiam estar presentes cuidados focados nas orientações dos profissionais de saúde. A intenção foi destacar o cuidado familiar após esse período, quando o paciente diminui, de certa forma, o alerta sobre a doença. Esse período foi definido com base em uma publicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2009), a qual refere que os índices de aderência aos programas de reabilitação cardíaca após IAM são superiores a 80% nos três primeiros meses, caindo para 60%-71% no sexto mês, para 60% aos 12 meses e 30%-40% entre o segundo e o quarto anos (PIEGAS *et al.*, 2009). Desse modo, a pesquisa realizou-se com as famílias que tinham membros a partir de seis meses pós-infarto, quando, segundo o estudo acima, os pacientes passam a reduzir seus cuidados relacionados à doença.

Seriam excluídas da pesquisa aquelas pessoas que apresentassem limitações cognitivas (atenção, raciocínio, fala, dentre outros) significantes, porém todos preponentes estavam aptos e puderam participar.

2.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2012 por meio de observação no domicílio e AC, bem como por entrevista com a família.

Após à confirmação dos dados do paciente pós IAM, no prontuário, a pesquisadora realizou abordagem informal ao paciente, no intuito de explicitar a proposta de pesquisa, os objetivos, e elucidar as técnicas de coleta de dados. Este primeiro contato foi realizado, individualmente, em sala exclusiva para tal finalidade, conforme disponibilidade pré-acordada

com o serviço. Todas as pessoas convidadas aceitaram participar da pesquisa e, posteriormente, foi realizado o agendamento para a visita domiciliar por meio de ligação telefônica.

Quando o paciente estava acompanhado, no dia da consulta, por um ou mais familiares, a proposta de pesquisa foi explicitada aos presentes, deixando a liberdade de escolha para todos na participação no estudo. Já, no domicílio, com a presença da família indicada pelo paciente, foi também apresentada a pesquisa, possibilitando aos indicados aceitarem ou não participar.

A entrevista foi composta de três momentos, sendo o primeiro referente à construção do genograma (Apêndice A), o segundo da realização de questionamentos conforme o roteiro de entrevista (Apêndice B) com questões abertas e, por fim elaborou-se o ecomapa (Apêndice A) com a família.

Para o desenvolvimento do estágio inicial, de engajamento, com os integrantes da família, foi elaborado o genograma, o qual teve participação ativa da família. Wright e Leahey (2012) dizem que, para iniciar a entrevista com a família, pode ser útil construir primeiramente os diagramas, pois as famílias, em grande parte das vezes, consideram a elaboração do genograma uma maneira fácil de fornecer informações à enfermeira/pesquisador.

O genograma é um diagrama do grupo familiar que representa a estrutura familiar interna, por meio de gráficos convencionais genéticos e genealógicos. Tem a finalidade de obter uma visão geral da família com dados relevantes sobre os relacionamentos ao longo do tempo, e também pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações, entre outras (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Após a construção do genograma foram realizadas perguntas à família, direcionadas a cada um dos membros, objetivando o compartilhamento de saberes (entre enfermeira e família) na discussão sobre os aspectos da vida cotidiana. Wright e Leahey (2012) recomendam que a questão seja direcionada a todos os participantes, a fim de reunir ideias individuais sobre um tema delimitado e facilitando a circularidade das perguntas (WRIGHT; LEAHEY, 2012). As questões do roteiro da entrevista foram pautadas em alguns itens do Modelo Calgary de Avaliação da Família proposto por Wright e Leahey (2012)³.

As entrevistas tiveram duração média de 62 minutos e foram realizadas em um único encontro com cada família. Além disso, foram registradas em um gravador digital com o consentimento prévio dos sujeitos, o que facilitou manter as falas originais, tornando as

³O modelo compõe itens da avaliação estrutural (interna, externa e contexto) da família, avaliação do desenvolvimento (estágio, tarefas e vínculos) e funcional (instrumental e expressiva).

informações o mais fidedignas possível. As gravações foram transcritas e salvas em arquivo de computador para a análise dos dados. Todas as famílias aceitaram a gravação digital.

Após o término da entrevista foi também realizada a construção do ecomapa das famílias. Este, assim como o genograma, também objetiva oferecer impacto visual, porém, contém dados do atual funcionamento familiar, representando os relacionamentos dos integrantes da família com os sistemas mais amplos. O ecomapa apresenta uma visão geral da família, retratando as relações importantes entre a família e o mundo, demonstra ainda o fluxo ou a falta de recursos e as privações da família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Os registros no diário de campo foram realizados pelo pesquisador, após a observação no AC e domicílio. Nele foram registradas as observações detectadas acerca das famílias, as percepções do pesquisador, angústias e questionamentos. Segundo Minayo (2010), o diário de campo pode auxiliar na construção de detalhes dos diferentes momentos da pesquisa. Além disso, devem constar informações de conversas informais, comportamentos, gestos e expressões que se relacionem ao tema de pesquisa e que não estejam destacados na entrevista formal. A etapa de coleta de dados foi finalizada quando os dados da pesquisa alcançaram os objetivos propostos.

2.6 Análise dos dados

Para o processo de análise dos dados, após a transcrição das entrevistas, foi realizada a análise temática de Minayo (2010), constituindo-se de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na pré-análise, as entrevistas foram lidas de maneira flutuante, buscando o contato exaustivo com o material. Após, foram organizadas de forma a constituir o *corpus* do trabalho, retomando o objetivo inicial. Nessa fase também foram determinadas as unidades de registro, unidade de contexto, os recortes, maneira de categorização e codificação. Durante a etapa de exploração do material, utilizou-se o *software* Atlas Ti 6.2 (*Qualitative Data Analysis*) para auxiliar na codificação e organização das entrevistas. Por fim, a fase de tratamento dos resultados se caracterizou pela busca de significados nas falas dos sujeitos, bem como interpretações e associações com a fundamentação teórica que colocassem em evidência as informações obtidas (MINAYO, 2010). Os dados do diário de campo foram analisados junto com as entrevistas, a fim de caracterizar melhor os momentos não expressos pela fala, mas sim representados ou expostos por meio da comunicação não verbal.

Destaca-se ainda que o genograma e ecomapa foram analisados conforme o Modelo Calgary de Avaliação de Famílias de Wright e Leahey (2012).

2.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta e estabelece normas e diretrizes para as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto foi, primeiramente, registrado no Sistema de Informações para o Ensino da Universidade Federal de Santa Maria (SIE/UFSM), e, após, encaminhado ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE/HUSM) a fim de solicitar autorização de seu desenvolvimento na instituição. Além disso, o projeto foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP). Essa etapa objetivou gerar uma folha de rosto preenchida com os dados do pesquisador e do projeto, a qual foi entregue no Comitê de Ética juntamente com o projeto.

De posse desses documentos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sendo que a coleta dos dados somente iniciou após sua aprovação sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0372.0.243.000-11.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), sendo este composto pelo objetivo e justificativa da pesquisa, bem como a descrição dos princípios éticos que garantiam a privacidade e preservação da identidade dos participantes. O TCLE foi lido e entregue a cada participante no momento da coleta de dados, assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com os sujeitos de pesquisa.

O sigilo dos participantes foi preservado por meio da adoção de nomes fictícios elaborados pelo próprio pesquisador. Para identificar a família como grupo foi utilizada a letra F, que significa “família”, seguida de números que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada, como, por exemplo, F1, F2.

Como forma de divulgação dos resultados para a família, tem-se como proposta o retorno ao domicílio, se assim os sujeitos desejarem. Propõe-se a elaboração de material didático para explicar melhor os achados. Esse encontro será em horário previamente acordado com a família e também de acordo com sua disponibilidade. Para a equipe de

profissionais do AC será elaborado um relatório com os principais resultados da pesquisa, sendo este apresentado em reunião previamente acertada.

As entrevistas gravadas e transcritas ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, na sala 1305A, 3º andar do Centro de Ciências da Saúde, prédio 26 da UFSM. Ainda irão compor um banco de dados, o qual poderá ser utilizado, exclusivamente, para fins científicos em outras pesquisas, conforme assegura o Termo de Confidencialidade (Apêndice D).

3 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa incluem, primeiramente, a apresentação das famílias por meio da descrição dos seus genogramas e ecomapas e após encontram-se os artigos científicos que compõe os resultados da pesquisa. O formato de artigos⁴ foi determinado conforme preconizado pela norma de elaboração de trabalhos científicos, MDT, vigente na instituição. O desenvolvimento do trabalho neste formato pode compreender artigos a serem submetidos, aceitos para publicação ou publicados em periódicos indexados. Destaca-se que os artigos elaborados estão organizados conforme as normas do periódico que serão enviados (MDT, 2012).

No quadro a seguir podem ser visualizados sucintamente detalhes dos artigos que serão apresentados:

TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	CATEGORIAS
ARTIGO 1: Vivências da família após Infarto Agudo do Miocárdio	Descrever as vivências imediatas e atuais da família no pós IAM.	<i>“Tempos difíceis”</i> : consequência imediata do infarto agudo do miocárdio para as famílias; <i>“Nos reeducamos, a gente se adapta”</i> : vivência atual das famílias
ARTIGO 2: Cuidado familiar após Infarto Agudo do Miocárdio: implicações para a enfermagem	Conhecer o cuidado desenvolvido pelas famílias de pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio	Cuidado familiar como proteção e Cuidado familiar impositivo
ARTIGO 3: Apoio social da família frente à necessidade de cuidado após Infarto do Miocárdio	Conhecer o apoio social recebido pela família frente à necessidade de cuidado pós IAM	<i>“Levaram ele e foi assim que começou”</i> : apoio social frente ao episódio do infarto; <i>“A gente se revezava”</i> : apoio social após o infarto imediato; <i>“Todo mundo tem que correr e trabalhar”</i> : apoio social após o infarto tardio

Quadro 1: Artigos que compõe os resultados da pesquisa

⁴Durante o mestrado foi encaminhado para a *Revista Saúde (Santa Maria)*, qualis B3, um artigo relativo às tendências da produção de enfermagem sobre o IAM. Esse artigo foi intitulado *“Caracterização das teses e dissertações de enfermagem acerca do infarto do miocárdio”* e encontra-se publicado no vol.38, n.2, p.107-22, de 2012.

3.1 Caracterização das famílias pesquisadas

A descrição da estrutura das famílias foi fundamentada nas anotações do diário de campo, bem como na interpretação dos genogramas e ecomapas⁵. A legenda utilizada nos diagramas está representada no primeiro quadro a seguir, seguida dos diagramas da família 1.

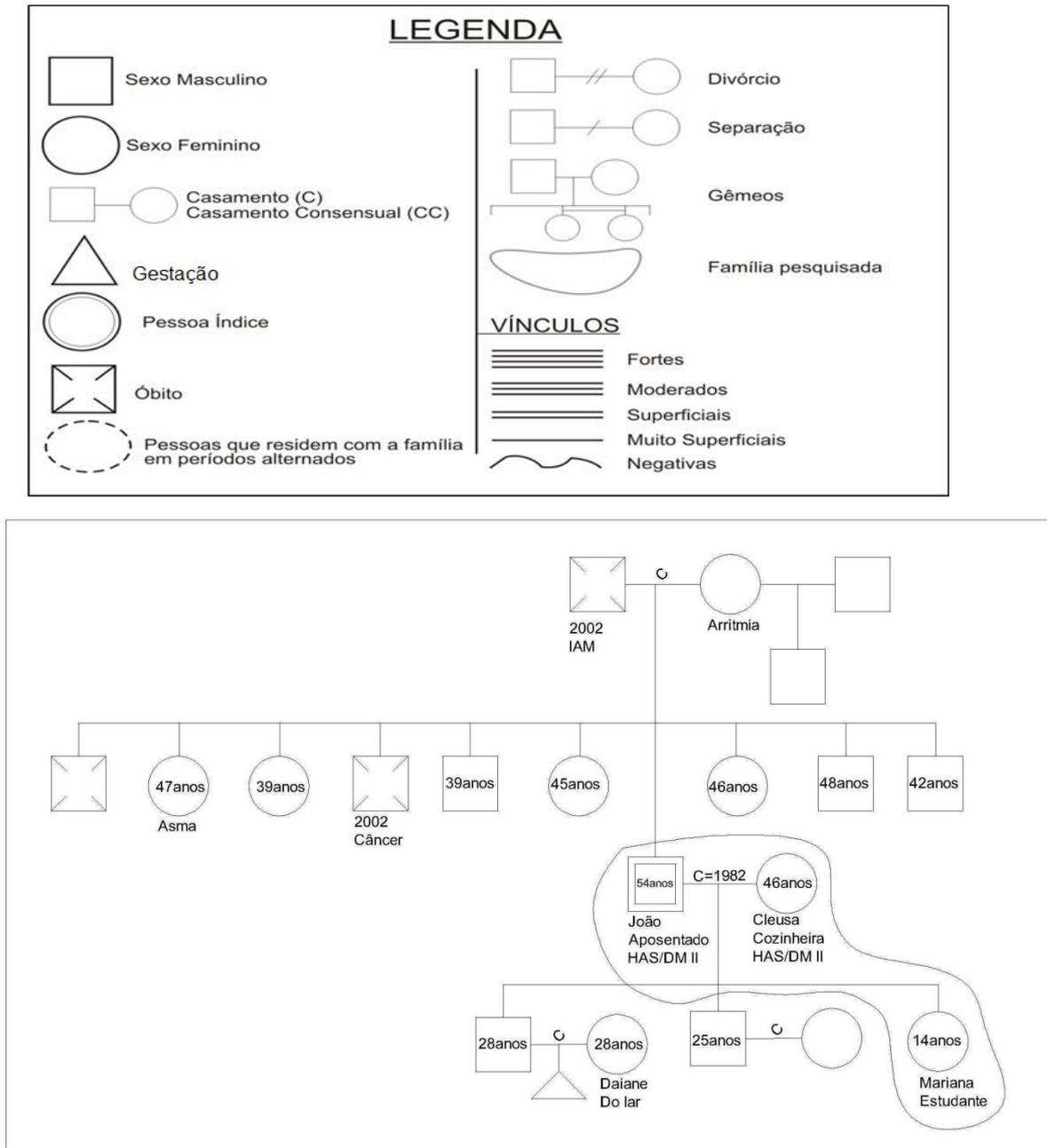


Figura 1: Genograma da Família 1 (F1).

⁵ A análise e melhor descrição dos genogramas e ecomapas serão construídas posteriormente para a elaboração de um artigo científico a ser submetido em revista da área de Enfermagem.

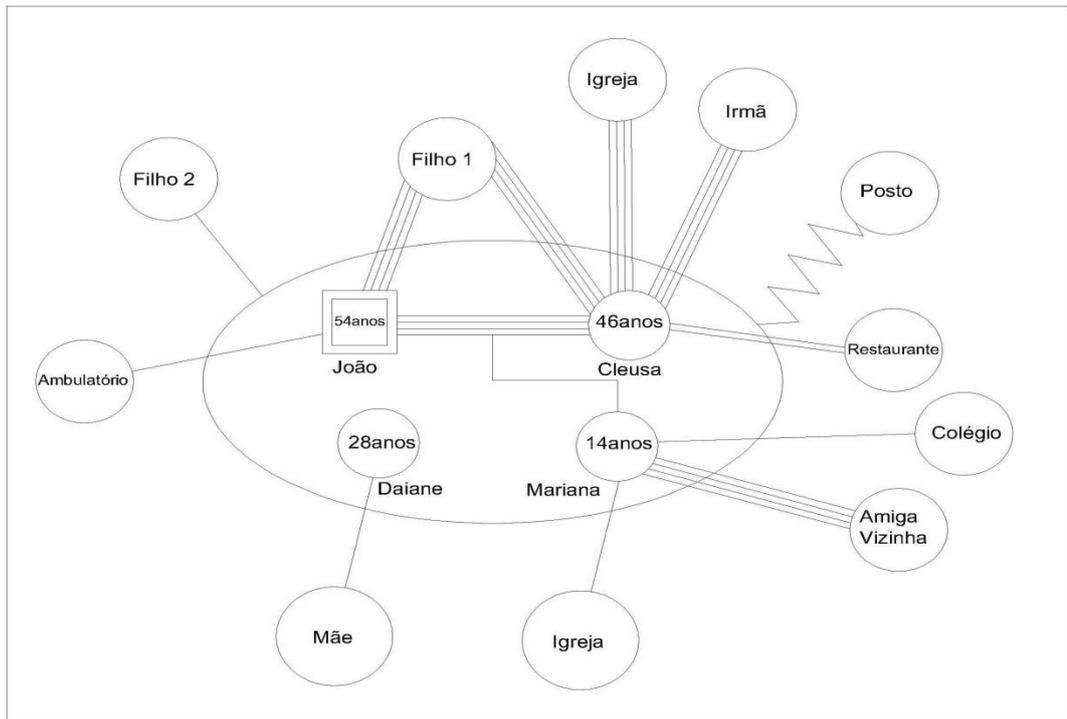


Figura 2: Ecomapa da Família 1 (F1).

A família 1 (F1) residia em uma casa de madeira, com seu interior organizado e limpo. No mesmo terreno tinha duas casas, a da frente e a dos fundos. Na casa da frente morava o paciente que teve IAM, João, de 54 anos, sua esposa Cleusa, de 46 anos e sua filha Mariana, de 14 anos. Na casa dos fundos residia a nora Daiane, de 28 anos e seu marido. Ao visualizar o genograma percebe-se que a pessoa que teve IAM, João é do sexo masculino e foi a pessoa índice dessa família, ou seja, aquela pelo qual se teve o acesso aos outros integrantes da família. A entrevista foi realizada com João, Cleusa, Daiane e Mariane. João é o sétimo filho de uma família de dez irmãos e é casado com Cleusa há 30 anos. Eles têm três filhos, sendo que o primeiro tem 28 anos, o segundo 25 anos e a terceira 14 anos. Os dois filhos, do sexo masculino são casados, sendo que o primeiro estava à espera junto com Daiane de seu primogênito. João está aposentado desde que teve o IAM e Cleusa é cozinheira e trabalha em um restaurante, sendo a principal fonte de renda para a família, além da aposentadoria.

Quanto às questões relativas ao processo saúde/doença da família, o genograma mostra que o pai de João também foi a óbito por IAM e sua mãe tem arritmia, indicando a possível hereditariedade para o seu problema cardiovascular. Além disso, ele e Cleusa têm Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo II (DM II), o que pode indicar também um fator relacionado aos hábitos de vida para a ocorrência do IAM.

As próximas figuras representam o genograma e ecomapa da Família 2 (F2).

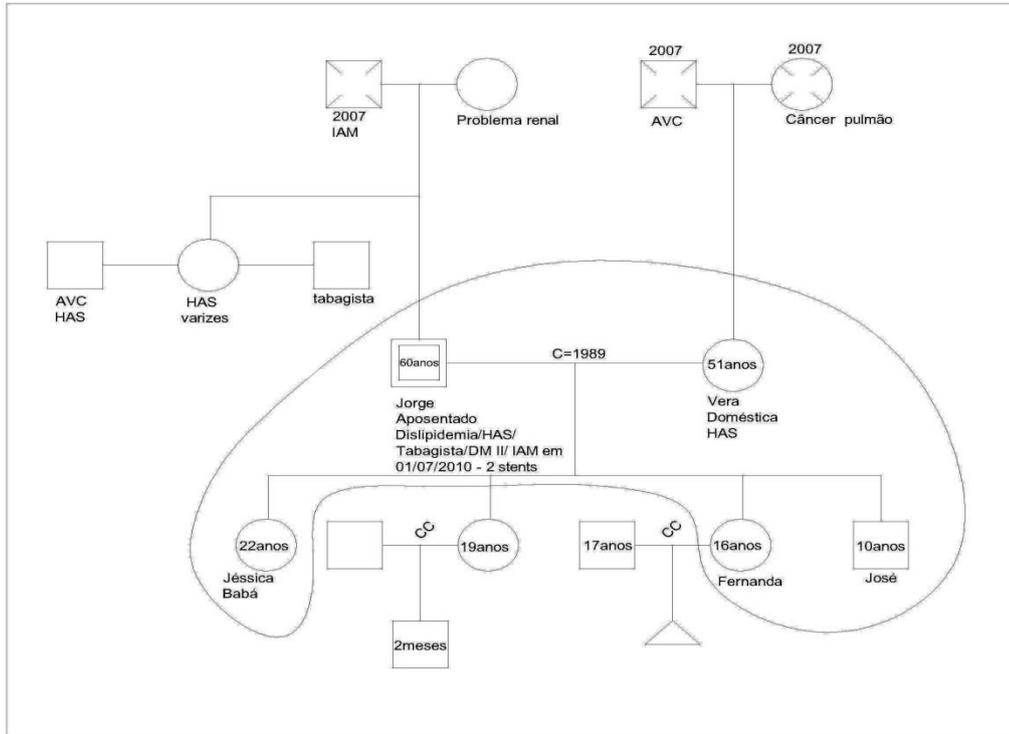


Figura 3: Genograma da Família 2 (F2).

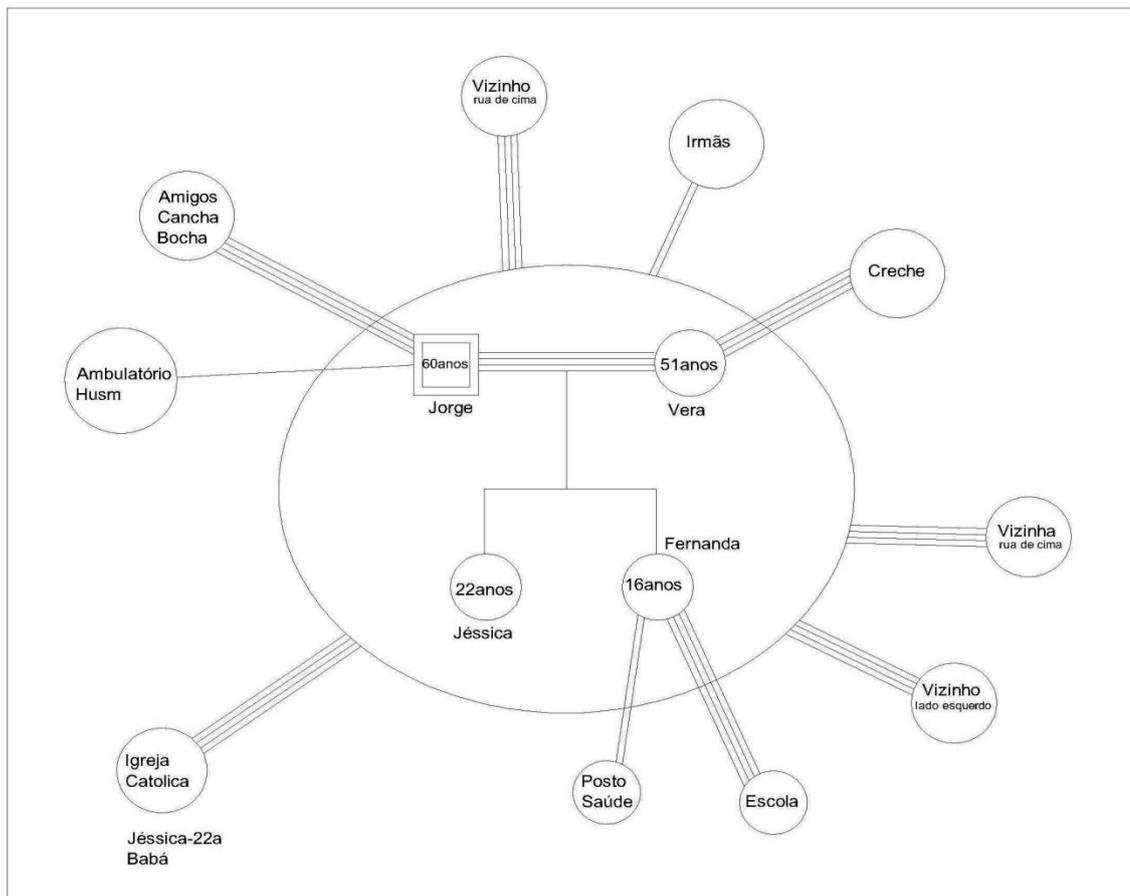


Figura 4: Ecomapa da Família 2 (F2).

A família 2 possuía uma residência de madeira, com condições um pouco precárias de moradia. A casa parecia ter pouco espaço e todos se organizavam onde era possível dentro do ambiente. No local morava Jorge, 60 anos, pessoa índice do estudo e quem teve o IAM, sua esposa Vera com 51 anos, sua filha mais velha, Jéssica de 22 anos, o filho mais novo, de 10 anos e a filha de 16 anos, Fernanda e seu marido, e ainda o irmão de Vera.

Jorge é o filho mais novo de uma família de quatro irmãos e seu pai já é falecido devido à um IAM. Ele é casado com Vera há 23 anos e tiveram quatro filhos. A segunda filha, na linha de nascimento é casada e tem um menino de dois meses. A terceira filha, Fernanda também é casada e estava grávida. Na entrevista participou Jorge, Vera, Jéssica e Fernanda.

Quanto aos aspectos laborais da família entrevistada, Jorge é aposentado e Vera é doméstica e trabalha em uma creche. Jéssica é babá e presta cuidado ao seu sobrinho diariamente. Fernanda atualmente estuda no ensino médio.

Os irmãos de Jorge apresentam fatores de risco para a doença cardiovascular, como HAS, tabagismo. Um deles, inclusive, já teve um Acidente Vascular Cerebral. Jorge possui dislipidemia, HAS, tabagismo, DM II e Vera também tem HAS.

Os diagramas seguintes são referentes à Família 3 (F3).

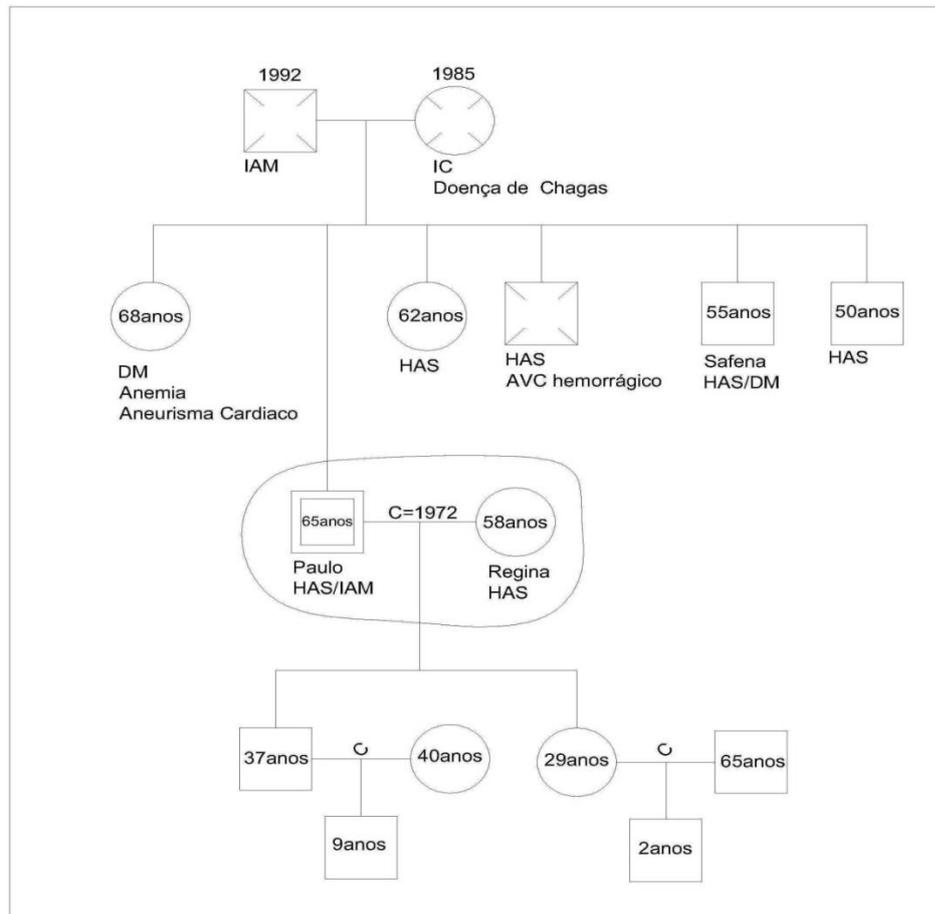


Figura 5: Genograma da Família 3 (F3).

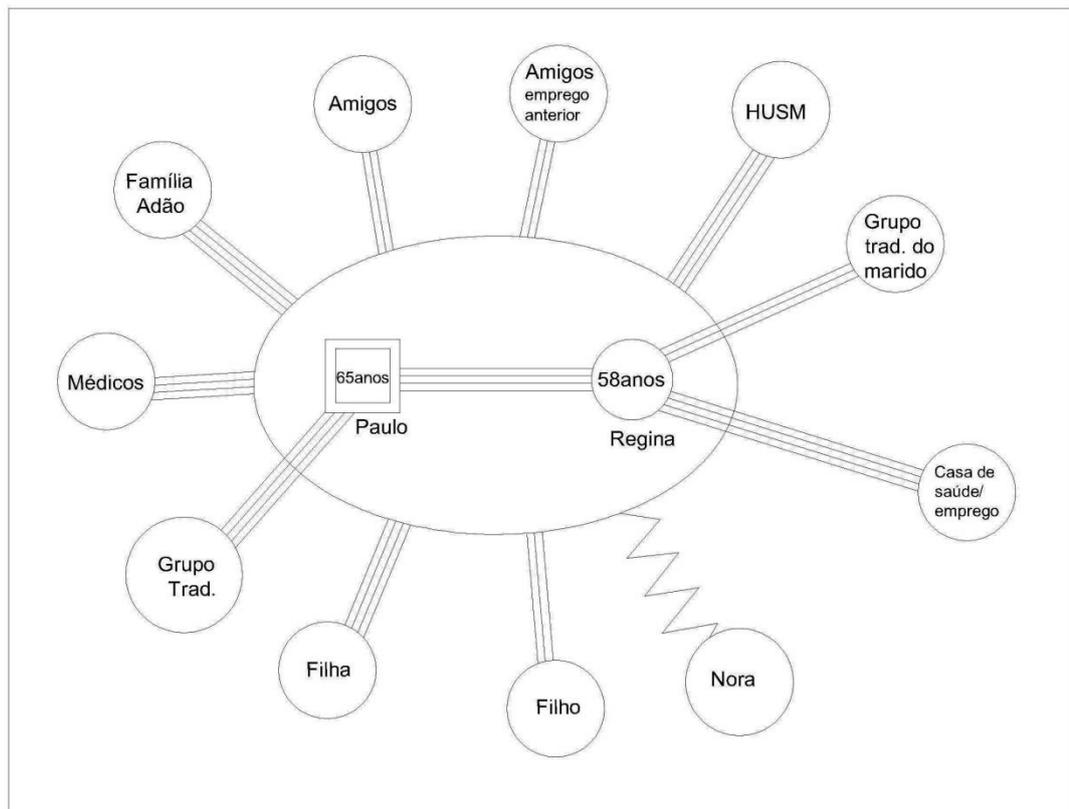


Figura 6: Ecomapa da Família 3 (F3).

A família 3 residia em uma casa com boas condições de moradia e os cômodos que puderam ser visualizados estavam limpos e bastante organizados. No local morava Paulo, de 65 anos, pessoa índice da entrevista, que teve o IAM e sua esposa, Regina, de 58 anos. Eles são casados há 40 anos e tiveram dois filhos, um do sexo masculino que tem 37 anos e uma do sexo feminino que tem 29 anos. Ambos são casados e tem um filho cada um.

Paulo é aposentado, porém atua ainda em alguns momentos como músico (de um conjunto nativista), o que facilita o aumento da renda familiar. Sua esposa é costureira de um hospital da região. Paulo é o segundo filho de uma família de cinco irmãos, os quais todos apresentam algum fator de risco para o problema cardiovascular, como DM, HAS, AVC. Um de seus irmãos já faleceu devido a um AVC hemorrágico, seu pai de IAM e sua mãe de Insuficiência Cardíaca. Além disso, sua esposa também tem HAS.

Os próximos diagramas referem-se à caracterização da família 4 (F4):

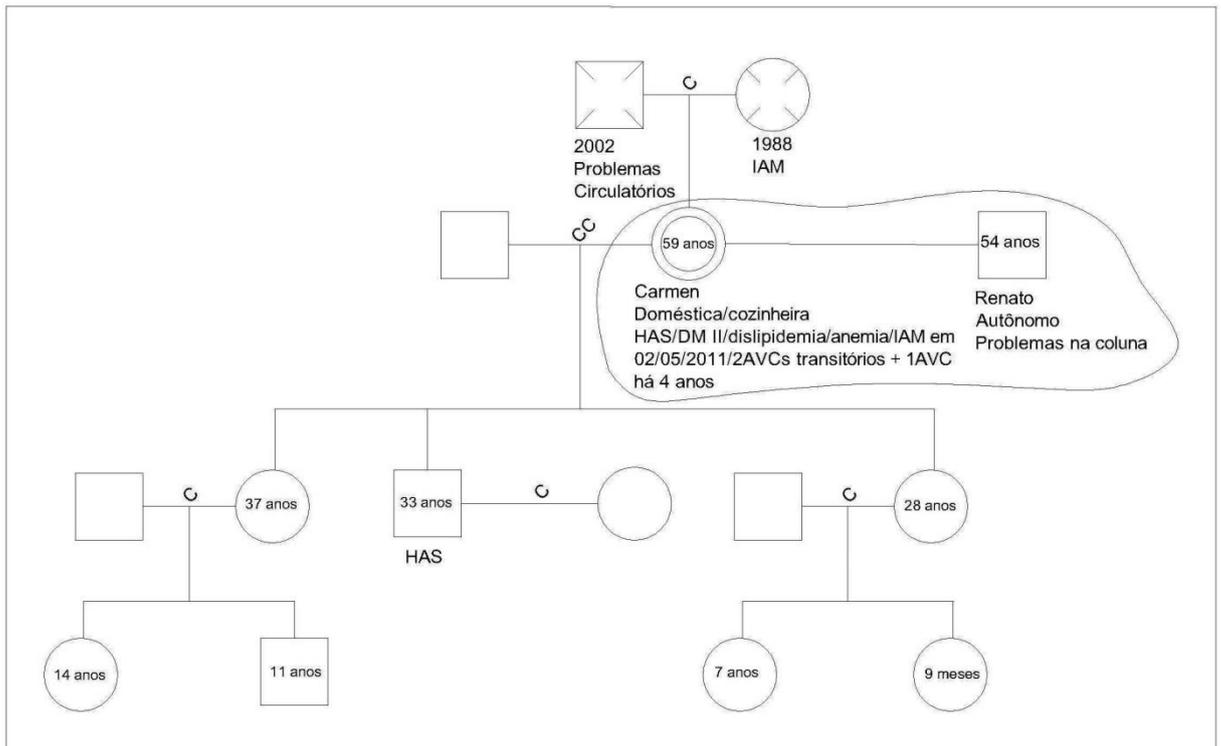


Figura 7: Genograma da Família 4 (F4).

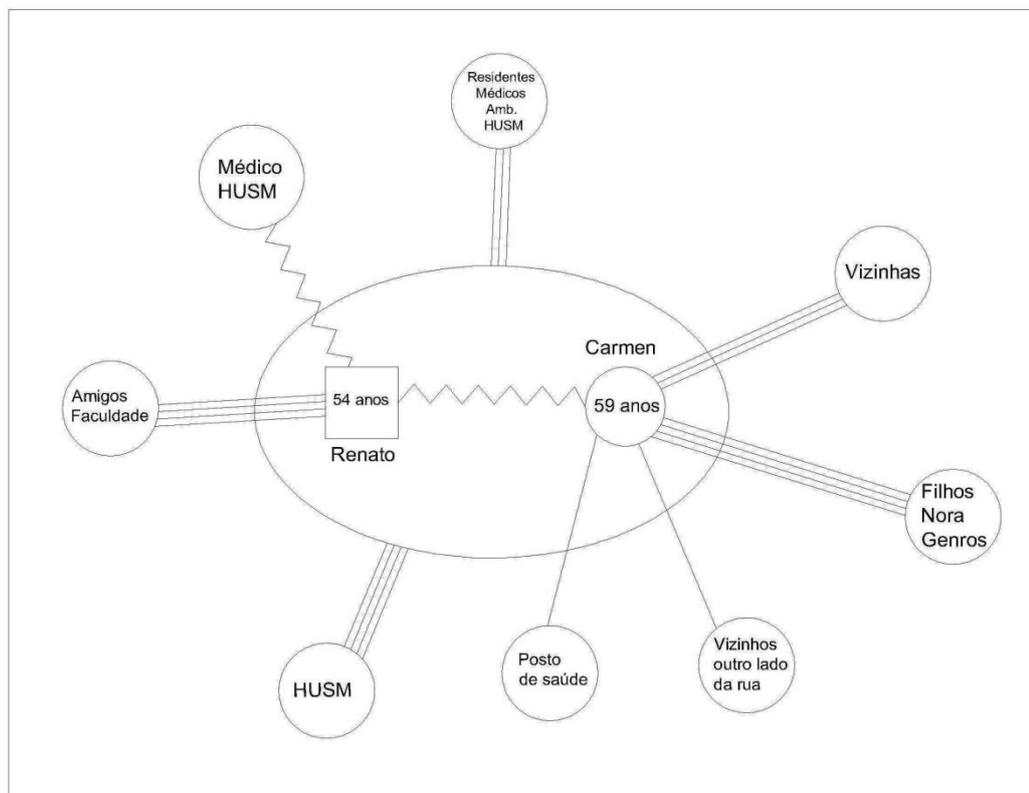


Figura 8: Ecomapa da Família 4 (F4).

A família 4 residia em uma casa com condições, aparentemente, precárias de moradia, porém a entrevista ocorreu no pátio da casa e portanto não tivemos acesso à parte interna. No

local residiam Carmen, pessoa índice do estudo, com 59 anos e Renato, 54 anos, seu companheiro e amigo, assim descrito pela família.

O genograma apresenta que Carmen já foi anteriormente casada e dessa união nasceram três filhos, dois do sexo feminino e um do sexo masculino. Atualmente ela parece ter uma relação de casamento conflituosa com Renato.

Carmen relata que é filha única, porém acredita ter outros irmãos desconhecidos porque ela não foi criada pela mãe. Carmen é aposentada, mas era doméstica e cozinheira, sendo que durante muito tempo fez encomendas de doces e salgados. Renato é autônomo e faz faculdade de direito. Com relação aos aspectos do processo saúde/doença da família afirma-se que Carmen tem HAS, DM II, dislipidemia e IAM e AVC's prévios. Os seus pais também morreram de problemas cardiovasculares.

Os seguintes diagramas apresentam detalhes da família 5 (F5).

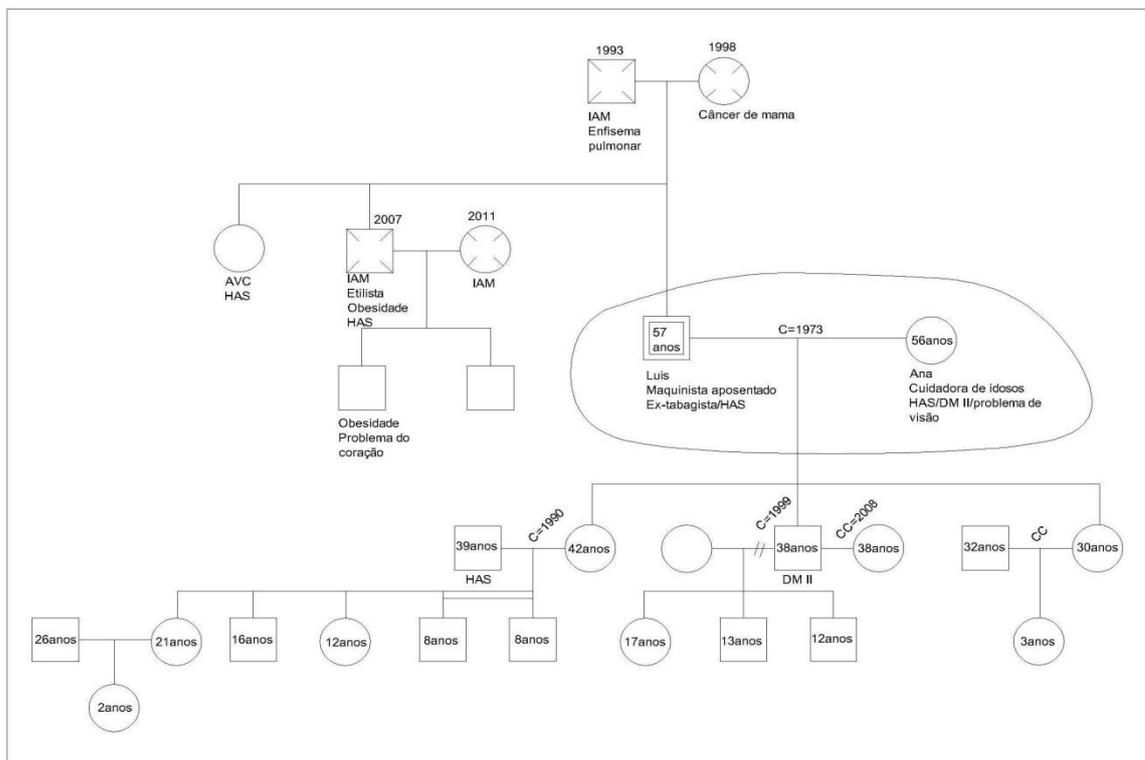


Figura 9: Genograma da Família 5 (F5).

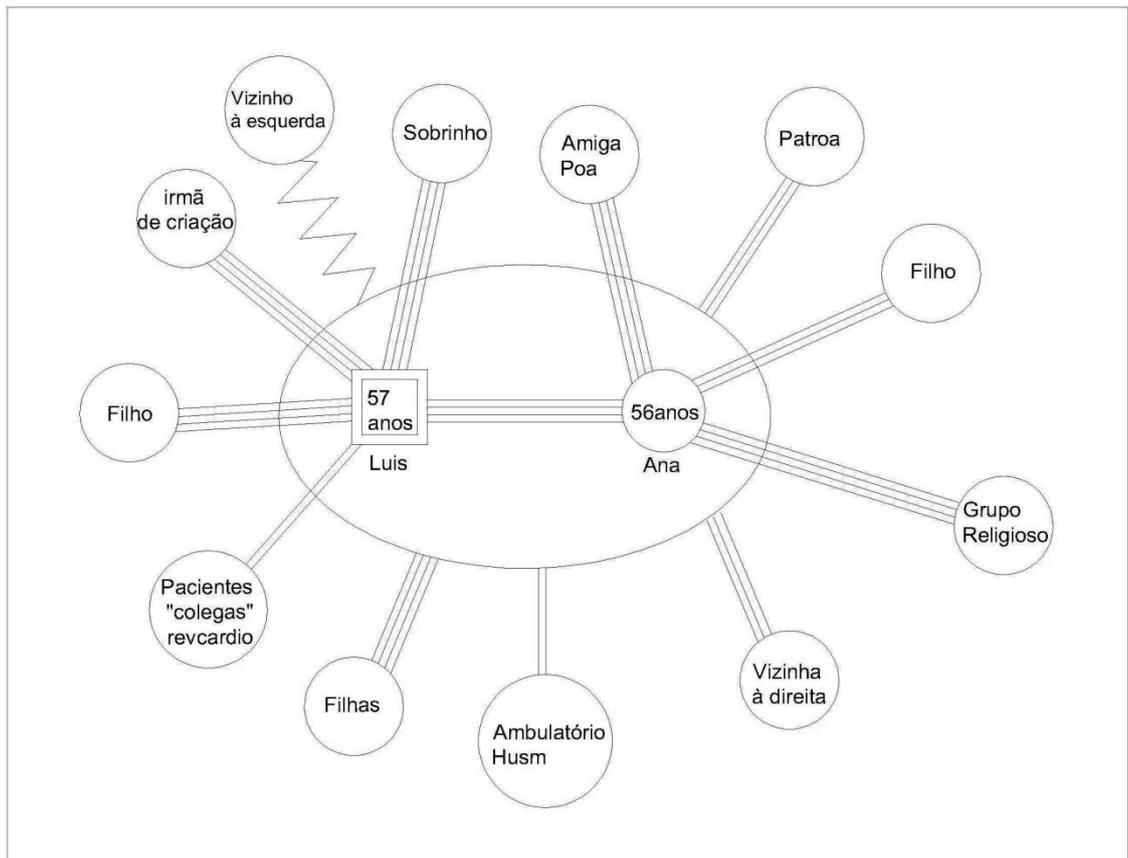


Figura 10: Ecomapa da Família 5 (F5).

A família 5 mora em uma casa antiga e simples, porém bastante organizada. A entrevista ocorreu na sala e participaram Luis, de 57 anos, quem teve o IAM e sua esposa, Ana de 56 anos. Eles são casados há 39 anos e tiveram duas filhas e um filho, os quais são casados e não residem com eles. Luis e Ana possuem nove netos e uma bisneta. Luis é filho caçula de uma família de três irmãos.

Luis é maquinista aposentado e Ana trabalha como cuidadora de uma idosa para auxiliar na renda da família. O genograma demonstra que a hereditariedade para doenças cardiovasculares na família de Luis é bastante acentuada, pois seu pai que era tabagista faleceu por IAM e, além disso, um de seus irmãos, que era etilista, tinha HAS e obesidade também foi a óbito pelo mesmo problema. Seu sobrinho, de 41 anos apresenta obesidade e alguns problemas cardiovasculares. Além disso, Luis é ex-tabagista e tem HAS. Sua esposa, Ana, além de HAS, tem DM II e o seu filho do meio tem DM II.

A seguir podem ser visualizados o genograma e ecomapa da família 6 (F6).

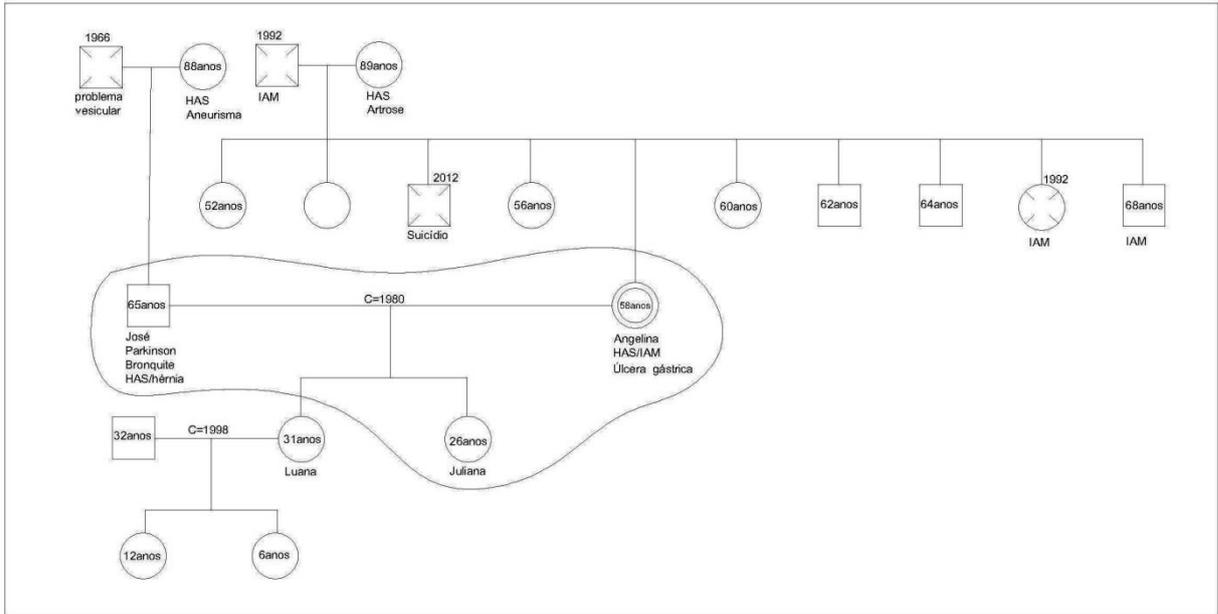


Figura 11: Genograma da Família 6 (F6).

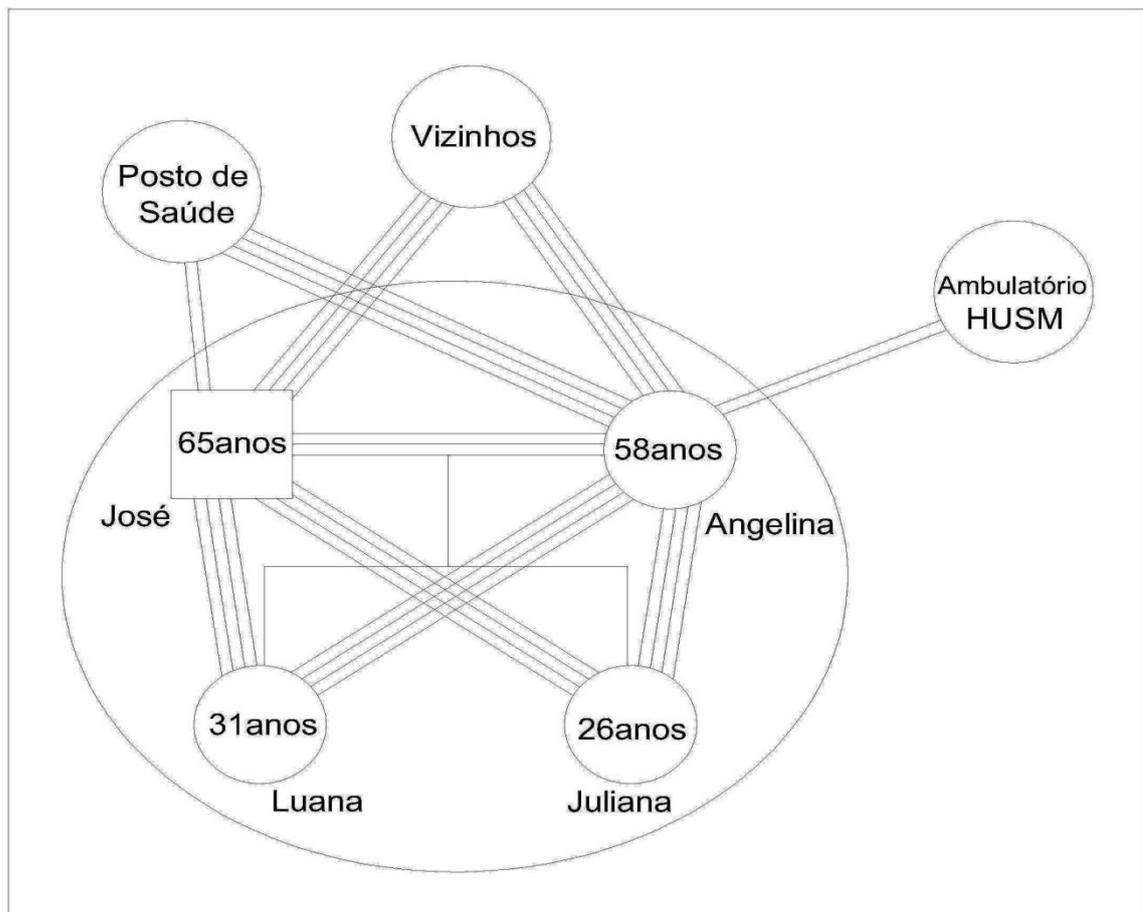


Figura 12: Ecomapa da Família 6 (F6).

A família 6 (F6) morava em uma casa simples, porém bem ampla. No local residiam Angelina, 58 anos, pessoa índice do estudo, José, seu esposo de 65 anos e uma de suas filhas,

Juliana, de 26 anos. A filha mais velha, Luana, já casada residia em uma casa próxima com seu marido e suas duas filhas.

Angelina, anteriormente ao IAM, trabalhou em vários locais, como atendente de farmácia, creche e no setor calçadista. Quando ocorreu o IAM estava desempregada. No momento em que a entrevista foi realizada ela estava tentando se aposentar devido ao problema cardiovascular, mas como ainda era recente faltava encaminhar algumas documentações. José trabalhou durante anos como motorista de caminhão, mas teve que se aposentado por invalidez devido ao Parkinson e disse que por vezes faz algum serviço geral para auxiliar nas despesas. Destaca-se que a doença de José não interfere nos movimentos de cuidado da família, uma vez que ainda se caracteriza por estar em situação inicial e com poucos sinais aparentes. Quem também contribui com a renda da casa e com as medicações que Angelina precisa tomar é a filha mais nova, que é policial militar.

Angelina é a quinta filha de uma família de 10 irmãos. Seu pai faleceu há 20 anos por IAM e sua mãe reside com uma de suas irmãs em outra cidade e apresenta HAS e artrose. Angelina tem HAS e úlcera gástrica e já perdeu um irmão também por IAM, no mesmo período de seu pai e outro irmão por suicídio. Além disso, seu irmão mais novo já teve IAM.

3.2 Artigo 1: Vivências da família após infarto agudo do miocárdio

VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO⁶

RESUMO: Objetivou-se descrever as vivências imediatas e atuais da família no pós IAM. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com seis famílias de pacientes pós-infarto. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012 por meio de observação e entrevista com a família. Foi utilizado o *software* Atlas Ti 6.2 na codificação das entrevistas e os dados foram trabalhados com base na análise temática. Surgiram duas categorias: “*Tempos difíceis*”: consequência imediata do infarto agudo do miocárdio para as famílias; e “*Nos reeducamos - a gente se adapta*”: vivência atual das famílias. A vivência imediata pós-infarto é permeada por variados sentimentos, necessitando adaptação das famílias para adequação às necessidades. A vivência atual demonstra modificações nas famílias devido à enfermidade. A família é a principal responsável pelas práticas de cuidado, porém a Enfermagem deve atuar na troca e no compartilhamento de saberes.

Descritores: Enfermagem. Família. Saúde da família. Infarto do miocárdio. Doença crônica.

ABSTRACT:

Descriptors: Nursing. Family. Family health. Myocardial Infarction. Chronic Disease.

Title:

RESUMEN:

Descriptores: Enfermería. Familia. Salud de la Familia. Enfermedad Crónica. Infarto del Miocardio.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis caracterizam-se, atualmente, como um problema de saúde pública, já que são as principais causas de morte no mundo⁽¹⁾. Ocorrem, sobretudo,

⁶Artigo formatado segundo as normas da *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Ressalta-se que, assim como este artigo, os demais que o seguem se encontram parcialmente no formato para ser enviado ao periódico. A formatação final será realizada no momento da submissão ao periódico.

devido ao aumento da longevidade, sendo que grande parte delas corresponde às doenças cardiovasculares. As estatísticas projetam que o número total de óbitos por essas doenças aumentará de 17 milhões, no ano de 2008, para 25 milhões no ano de 2030⁽²⁾.

Dentre os acometimentos cardiovasculares, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), considerado como uma cardiopatia isquêmica resultante da falta de aporte sanguíneo para as artérias coronárias e que pode acarretar na necrose do músculo cardíaco. Origina-se, sobretudo, por uma complicação da doença aterosclerótica crônica⁽³⁾. Em 2006, dentre as causas específicas de óbito por doenças do aparelho circulatório, a cardiopatia isquêmica representou 8,8% de um total de 29,4%, sendo 6,7% relativos ao IAM⁽⁴⁾. Suas consequências preservam-se no decorrer da vida, fazendo com que as pessoas necessitem de cuidados permanentes.

Dessa forma, o adoecimento do coração pode desencadear no paciente e em sua família sofrimento emocional pelo medo da morte, da invalidez e do desconhecido⁽⁵⁾. Torna-se necessário que o sistema familiar se organize, por meio de negociações internas, as quais têm a finalidade de redefinição e troca de papéis para garantir os cuidados, sua manutenção e funcionalidade estrutural. Essas mudanças podem ser influenciadas pelo tipo de doença, maneira como se manifesta e significado que o doente⁷ e a família atribuem à condição crônica⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o cuidado familiar⁽⁷⁾ se concretiza nas ações e interações presentes na família e se direciona a cada um dos seus membros, individualmente, ou ao grupo todo. É definido a partir das significações de cada família, objetivando crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar⁽⁷⁾.

Alguns estudos realizados recentemente com doentes crônicos destacam aspectos pontuais do cuidado familiar referentes aos diferentes momentos das doenças crônicas, como a hospitalização^(5,8), espiritualidade e sofrimento psíquico⁽⁹⁻¹⁰⁾, situações relativas aos cuidadores⁽¹¹⁻¹²⁾, dentre outros. No entanto, salienta-se que a família é um grupo permeado por

⁷O termo “doente” foi utilizado pelas famílias, em grande parte das vezes que se referiram à pessoa que teve o IAM. Assim, no intuito de aproximar essa compreensão aos resultados do artigo, esse termo será utilizado quando houver referência às falas das famílias estudadas.

diversas questões, sendo, portanto, relevante transparecer suas reais experiências por meio de uma visão dos vários fatores que possam surgir após a condição de cronicidade, fato que pode ser visualizado com a realização desta pesquisa.

Diante dessas considerações, torna-se possível aprofundar o conhecimento da família e suas estratégias de cuidado no momento pós IAM, o que pode colaborar para que a Enfermagem compreenda com maior precisão as questões que permeiam a família frente ao episódio de IAM e, desse modo, possam ser elaboradas estratégias que atendam as necessidades de quem perpassa por essa enfermidade. Assim, a pergunta de pesquisa desse estudo é: Como são as vivências da família de pacientes que tiveram IAM? Para responder esse questionamento objetivou-se descrever vivências imediatas e atuais da família no pós IAM.

PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com seis famílias de pacientes pós IAM, totalizando 18 pessoas entrevistadas. Os familiares foram indicados pela própria pessoa que teve o IAM e poderiam ultrapassar laços de consanguinidade, adoção ou matrimônio⁽¹³⁾.

Caracterizou-se uma amostra intencional, já que foram lidos os prontuários dos pacientes pós IAM em um Ambulatório de Cardiologia (AC) de um hospital do sul do Brasil e selecionados aqueles que se adequassem aos critérios de inclusão. Na amostra intencional, os sujeitos são escolhidos de modo que atendam aos pressupostos do trabalho e tragam informações relevantes acerca do assunto⁽¹⁴⁾.

Como critérios de inclusão, a família deveria ter uma pessoa com diagnóstico médico de IAM progresso por aterosclerose em tempo de no mínimo seis meses e máximo de 24 meses, e ela estar em acompanhamento médico no AC. Além disso, foram incluídos os familiares indicados pelo paciente, no momento da conversa informal no AC, ou convidados

por ele na primeira visita estabelecida pelo pesquisador no domicílio. Salienta-se que para configurar a representação da família foi necessária a presença de pelo menos duas pessoas, sendo que o paciente poderia ser uma delas⁽¹³⁾. Delimitou-se como exclusão: os familiares que apresentassem limitações cognitivas (atenção, raciocínio, fala, dentre outros) significantes.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012 e realizou-se por meio de observação no AC e domicílio, bem como por entrevista com a família. Essa foi composta de três etapas, sendo que inicialmente foi construído o genograma⁽¹³⁾, posteriormente realizadas perguntas abertas estabelecidas por um roteiro e por último elaborado o ecomapa⁽¹³⁾. Observaram-se comportamentos e cuidados dos integrantes da família, uns para com os outros, bem como aspectos expressivos do funcionamento familiar.

Registraram-se as entrevistas em um gravador digital com o consentimento prévio dos sujeitos. Estas foram transcritas e salvas em arquivo de computador para a análise dos dados. As anotações no diário de campo foram realizadas após a observação no AC e domicílio, servindo para o registro das percepções do pesquisador.

A etapa de coleta de dados finalizou quando as questões de pesquisa foram respondidas em sua integralidade e os objetivos do estudo alcançados. Para auxiliar na codificação das entrevistas utilizou-se o *software* Atlas Ti 6.2 (*Qualitative Data Analysis*). Os dados foram trabalhados de acordo com a análise temática⁽¹⁵⁾, constituindo-se de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os sujeitos que aceitaram participar foram inteirados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Preservou-se o sigilo por meio da adoção de nomes fictícios determinados pelo pesquisador. Para identificar a família como grupo, utilizou-se a letra F, que significa “família”, e números sequenciais que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada, como, por exemplo, F1, F2.

A pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96⁽¹⁶⁾, atendeu aos trâmites necessários para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e foi registrada pelo Comitê de Ética da universidade vinculada ao projeto sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0372.0.243.000-11.

RESULTADOS

Inicialmente, expõe-se a caracterização das famílias e após estão apresentadas as categorias que surgiram por meio da análise dos dados, sendo elas: “*Tempos difíceis*”: consequência imediata do infarto agudo do miocárdio para as famílias; e “*Nos reeducamos - a gente se adapta*”: vivência atual das famílias.

Caracterização das famílias

Os dados a seguir apresentados foram extraídos do genograma elaborado durante a entrevista coletiva com as famílias que fizeram parte do estudo. Esses dados são apresentados no Quadro 1.

Família	Entrevistados	Sexo	Idade	Ocupação	Tempo de IAM	Moradores
F1	Pessoa que teve o IAM (João) Esposa (Cleusa) Filha (Mariana) Nora (Daiane)	M F F F	54 a 46 a 14 a 28 a	Aposentado Cozinheira Estudante Do Lar	9 meses	Nora e o filho residem em uma casa nos fundos
F2	Pessoa que teve o IAM (Jorge) Esposa (Vera) Filha (Jéssica) Filha (Fernanda)	M F F F	60 a 51 a 22 a 16 a	Aposentado Doméstica Babá Estudante	7 meses	Todos residem no mesmo domicílio
F3	Pessoa que teve o IAM (Paulo) Esposa (Regina)	M F	65 a 58 a	Aposentado/ Músico Costureira	14 meses	Residem sozinhos
F4	Pessoa que teve o IAM (Carmen) Companheiro/amigo (Renato)	F M	59 a 54 a	Aposentada/ Doméstica e cozinheira Autônomo e estudante de direito	11 meses	Residem sozinhos
F5	Pessoa que teve o IAM (Luiz) Esposa (Ana)	M F	57 a 56 a	Maquinista aposentado Cuidadora de idosos	10 meses	Residem sozinhos

F6	Pessoa que teve o IAM (Angelina)	F	58 a	Do lar	6 meses	Na residência mora o casal e a filha mais nova
	Marido (José)	M	65 a	Motorista		
	Filha (Luana)	F	31 a	Aposentado		
	Filha (Juliana)	F	26 a	Do lar Policial Militar		

Quadro 1 – Caracterização das famílias entrevistadas. Dados coletados entre fevereiro e maio de 2012. Cidade do sul do Brasil. Rio Grande do Sul, Brasil.

Todas as entrevistas realizaram-se com a presença do companheiro (esposa ou marido) da pessoa que teve o IAM, sendo que na metade delas havia também filha e nora. Algumas famílias apresentaram-se com os filhos residindo em seu domicílio e em outras estes já haviam saído de casa, o que expõe as diversas configurações familiares. As profissões foram as mais diversificadas; em apenas uma família (F6) o doente não estava aposentado ainda, talvez pelo pouco tempo do IAM. A idade média das pessoas que tiveram IAM ficou em 58,8 anos, ou seja, dentro da meia idade, período produtivo e mais propenso⁽³⁾ a esse tipo de doença.

“Tempos difíceis”: consequência imediata do infarto agudo do miocárdio para as famílias

Logo após o episódio de IAM, as famílias relataram o surgimento de vários sentimentos, como incertezas e angústias.

[...] eu trabalhava o dia inteiro [...] eu fui firme, eu chorava no serviço, fazia comida e chorava. [...] é uma situação muito difícil sabe, foi muito difícil para mim (F1-Cleusa).

[...] o impacto foi grande nos primeiros dias, principalmente, ali que fica naquela incerteza, foi horrível [...] A gente ia lá [no hospital] ver ele, vinha para casa, ficava naquela angústia, não sabia se ia recuperar, não ia recuperar, aquela função (F5- Ana).

A morte, como possível acontecimento e com sentimento de desespero apareceu na voz da família:

[...] eu achei, por Deus, que eu achei que ele iria morrer (F1-Cleusa).

[...] eu vim de lá [do emprego] até aqui chorando, sabe, parece que não sentia minhas pernas, achei que eu ia morrer sabe, é muito horrível (F6-Juliana).

Em uma observação registrada no diário de campo, a morte também foi mencionada nos gestos e comportamento de um dos entrevistados.

Seu Luiz (F5), durante a entrevista, pareceu inquieto. Repetiu com bastante tristeza, por diversas vezes, a expressão: “quase morri” (Diário de campo 03/05/2012).

Ainda, as famílias relataram preocupações ocasionadas pela ausência do paciente no ambiente familiar.

[...] ele se operou, fazia falta para os filhos, para nós, para mim, porque ele é um pai maravilhoso, bom para os meus filhos, não tenho queixa (F1-Cleusa).

Eu passo o dia a dia junto, os filhos já tão casados, cada um num canto, não acompanham, então tu fica mais apreensiva [...] claro que eu ficava mais preocupada (F3- Regina).

Ao ver o sofrimento de quem teve o IAM, a família busca auxiliar, organizando o domicílio, para que, de alguma forma, isso possa trazer conforto e amenizar a situação.

Foi o que eu falei, fui lá para [a casa] minha filha, sete dias, ela fazia os curativos [...] Eu sentia muita dor [...] daí a minha filha deu a cama da filha dela para mim (F4-Carmen).

As famílias também fazem referência à divisão de tarefas necessária entre seus membros no período imediato após o IAM, demonstrando cuidado, na tentativa de assegurar o bem-estar de todos.

Nós nos revezávamos [...] quando uma não estava, uma sempre estava nunca deixava ele sozinho, sempre estava junto com ele (F1-Cleusa).

Ele tinha sempre um ou outro que ia lá, ele não ficava sozinho e às vezes ele almoçava lá na minha filha nesse período da recuperação. Mas assim com mais cuidado (F3- Regina).

“Nos reeducamos - a gente se adapta”: vivência atual das famílias

Percebeu-se nas falas que, após algum tempo do IAM, as famílias já readequaram seu cotidiano, demonstrando, por vezes, potencialidades que surgiram das mudanças após o episódio da doença.

Agora Deus deu uma alegria, uma paz para a gente. [...] a gente se une mais [...] Aquela dor que a gente tinha parece que passou sabe? A gente divide melhor (F1-Cleusa).

[...] mas agora eu faço tudo, tudo que precisa fazer dentro de uma casa (F2-Jorge).

Ainda como potencialidades experienciadas pelas famílias, salientam-se as mudanças de hábitos, sejam alimentares ou de vida.

Eu não me cuidava, vou ser bem sincera, eu só trabalhava noite e dia sem parar [...] eu virava a noite inteira fazendo massa e o dia também [...] (F4-Carmen).

[...] a nossa parte da alimentação mudou, é outra agora, teve uma transformação muito grande ai nessa parte, pelo menos a gente se reeducou para se alimentar (F5-Luiz).

Por outro lado, ocorreram mudanças que comprometeram as atividades de lazer que anteriormente ao IAM eram realizadas pela família:

Antes a gente passeava mais, agora não passeia mais (F5-Ana).

Viajar, por exemplo, de carro, agora, já faz um ano. Não sei ainda, não peguei aquela confiança de sair para longe de carro (F5-Luiz).

O que nós não fizemos mais há muito tempo [...] foi ir num baile (F3-Regina).

Em outro momento, uma filha referiu as dificuldades de relacionamento com o pai após o IAM.

É, um pouco [mudou], ele [pai] era mais... agora ele ficou um pouquinho mais chato. [...] Qualquer coisinha que eu pergunto: a mãe já chegou? e ele [responde]: tu tá vendo ela aqui por acaso? (F1-Mariana).

Outra situação causada na família pelo IAM é a preocupação contínua com os efeitos da enfermidade, mesmo após algum tempo do episódio agudo.

Claro que a gente passou a se preocupar [...] todo cuidado [...] a gente sempre tem uma preocupação que não se tinha antes. E com os filhos a mesma coisa, se preocupam, todo mundo se preocupa [...] (F3-Regina).

Eu penso assim, não sou mais a mesma, sempre estou falando dentro de casa, sempre preocupada (F6-Angelina).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O IAM afeta a dinâmica da família, pois, mesmo que se tenham relatos de sinais e sintomas anteriores, estes são pouco levados em consideração, fazendo com que após o infarto os sentimentos de angústia, medo e aflição perpassem o cotidiano da família. Eles geram impactos na dinâmica familiar e as próprias atividades dos seus integrantes ficam prejudicadas, uma vez que todos os pensamentos voltam-se ao doente.

Entretanto, o sofrimento inicial permite que a família encontre recursos para enfrentar os problemas e então dar sentido ao que está acontecendo⁽⁹⁾. Nesse caso, esses sentimentos são responsáveis, por, de certa forma, auxiliar a família no reestabelecimento do equilíbrio, permitindo que seus integrantes saiam da região de conforto e sejam motivados para adequar as dificuldades às suas possibilidades internas. Diante disso, se confirma que o adoecimento enfrentado por um membro da família repercute em todos, demonstrando a totalidade do sistema⁽¹³⁾. No entanto, a exposição contínua ao estresse da doença pode esgotar os recursos internos e externos da família, dificultando com que o sistema familiar elabore formas de enfrentar as circunstâncias que se apresentam⁽¹⁰⁾.

Essas questões repercutem no trabalho dos profissionais de saúde, os quais devem buscar atuar de forma integral, na tentativa de incluir a família em suas práticas, sem dissociar o enfermo de seu contexto. Porém, isso exige um exercício árduo e desafiante frente à complexidade que envolve a inclusão familiar nos cuidados⁽⁸⁾. Desse modo, a Enfermagem, em contato direto com os pacientes, mediante suas ações de cuidado, pode elaborar estratégias de aproximação da família aos serviços de saúde, como o desenvolvimento de grupos, os quais auxiliarão na prática de cuidados da equipe de saúde, bem como da família.

A sensação de morte também perpassa os momentos posteriores ao IAM, o que pode ocorrer devido ao coração simbolizar a vida para grande parte das pessoas. Assim, com a possibilidade do fim da vida iminente, ocorre uma reorganização familiar, retirando os

membros da família de seus afazeres cotidianos, mobilizando-os para a tentativa de controlar a situação e ficarem próximos do ente querido. Os sintomas e o medo da morte tornam-se o foco central das interações familiares⁽¹⁷⁾, fazendo com que o funcionamento inadequado do coração, em decorrência do IAM, desencadeie sofrimento emocional, ansiedade e depressão⁽⁵⁾.

Os sentimentos angustiantes são comuns em pessoas com problemas cardiovasculares, sendo que as intervenções comportamentais têm sido resolutivas no enfrentamento dos desafios do dia a dia⁽¹⁸⁾. Estas podem ser realizadas pelos enfermeiros, a fim de desenvolver ações junto às famílias que se perpetuem para o bem-estar de todos e aliviem a ambiguidade de sentimentos.

Ainda, a família depara-se com um grande impacto na dinâmica normal de vida, que causa uma ruptura e implica na interrupção das suas atividades para focar na condição específica da cronicidade⁽¹⁷⁾. Nesses momentos de intensa alteração, o enfermeiro pode atuar no esclarecimento das questões que permeiam a doença⁽⁵⁾, buscando tranquilizar a família e compartilhando saberes que estimulem a adoção de práticas de vida coerentes com as necessidades impostas.

Percebeu-se também que, independente da configuração familiar, a ausência do indivíduo doente afeta a todos integrantes, gerando certa carência no ambiente familiar. Por isso, nesse momento, os conflitos são esquecidos e as forças da família vislumbram auxiliar no reestabelecimento do doente e seu retorno para casa, por meio do cuidado familiar. Destaca-se que, embora isso seja direcionado a toda família, em algumas situações pode assumir especificidades que objetivam assegurar as necessidades individuais do membro que passa por adversidades⁽⁷⁾. Assim, o enfermeiro, ao trabalhar juntamente com e na família, pode prestar um apoio que auxilie na resolução das peculiaridades que a doença impõe para cada indivíduo, facilitando o restabelecimento da saúde e retorno ao domicílio com mais agilidade.

A união possibilita a preservação da família, comprometendo a todos envolvidos⁽¹⁹⁾. Destaca-se que, nas famílias que possuíam vínculos fortes entre seus integrantes, essa situação tornou-se mais facilitada, o que pode ser observado pelas afinidades expostas durante as entrevistas e na confecção dos ecomapas com as famílias.

Ainda, a estrutura e dinâmica da família podem se assemelhar a um quebra-cabeça, pois, na falta de uma peça ou de um integrante elas se modificam, pela ausência da pessoa, e do papel que ela ocupa ou desempenha no grupo. Dessa forma, adaptações são realizadas no domicílio, a fim de promover a melhora do doente e estabilizar a família. A filha, ao levar a mãe para sua residência, aproxima a família por meio do cuidado, sendo uma forma de sentir-se tranquila por estar junto da mãe doente. Observa-se um movimento para a recuperação do doente, facilitando seu retorno o mais breve possível para o seio familiar e estabelecendo o equilíbrio como se fosse um quebra-cabeça completo. Salienta-se que essas práticas são elaboradas, na maioria das vezes, visando o bem-estar geral, porém isso pode desacomodar alguns integrantes, mesmo que momentaneamente.

No período do adoecimento há um empenho da família para estar próxima do doente e compartilhar seus problemas⁽¹⁹⁾, mesmo que seja preciso uma mudança temporária que modifique a rotina de alguém. O cuidado é desenvolvido por meio da presença e condicionado ao respeito e à complexidade das pessoas, seus modos de vida e valores culturais⁽¹¹⁾.

Neste estudo, percebeu-se que ocorreu um aprofundamento na convivência dos familiares devido às preocupações que surgem e também pela busca de resolver a situação que se apresenta no menor espaço de tempo, pois todos precisam restabelecer novamente suas vidas. Um movimento de enfrentamento é realizado para atender as necessidades existentes e garantir o funcionamento do sistema familiar⁽¹⁹⁾.

Diante de algumas falas dos participantes da pesquisa percebeu-se a união familiar consistente, na qual os integrantes buscam reorganizar suas vidas para prover melhorias ao

enfermo. No entanto, é necessária uma dinâmica diferente, bem como redefinição de papéis, pois senão o cuidado familiar pode não ocorrer efetivamente. Uma boa relação entre os integrantes da família também auxilia nesses momentos, o que ficou evidente nas relações observadas durante a elaboração do ecomapa. As famílias que possuíam algum tipo de conflito demonstraram mais dificuldade para a elaboração de estratégias após o IAM.

O papel da família é essencial para o enfrentamento da enfermidade, facilitando seu manejo, bem como promovendo a adequação às alterações e às dificuldades⁽²⁰⁾. Para que isso ocorra, os seus integrantes devem estabelecer articulações internas que objetivem a garantia de cuidados para manter o bem-estar de todos e a funcionalidade estrutural da família⁽⁶⁾.

Mesmo que os papéis sejam modificados devido à doença, a tentativa é fazer com que as alterações sejam parciais e o andamento da vida cotidiana se estabeleça sem grandes interferências. Um estudo realizado com familiares de doentes crônico-degenerativos também diz que houve uma adaptação boa às mudanças que ocorreram na família após o aparecimento da enfermidade⁽²⁰⁾.

Apesar disso, os conflitos familiares também existem, o que pode gerar novas demandas para o núcleo que vivencia a enfermidade crônica. Isso confirma que os papéis não são estáticos⁽¹³⁾, pois se desenvolvem em situações específicas, neste caso do acometimento cardiovascular, e também nas relações entre os indivíduos⁽¹³⁾ no ambiente familiar. Nesse contexto, o enfermeiro deve estar atento, preconizando práticas interativas entre os membros da família, que amenizem os confrontos e possam favorecer um ambiente adequado que proporcione qualidade de vida a todos.

As mudanças de alguns hábitos das pessoas que tiveram IAM afetam o grupo familiar, auxiliando na promoção de uma vida mais saudável. As atitudes desenvolvidas pelas famílias acontecem a partir de suas crenças e valores⁽¹³⁾, que são construídos por meio dos processos

comunicacionais solidificados no ambiente familiar e que influenciam as ações de saúde/doença dos seus membros⁽²¹⁾.

A alimentação aparece como principal item modificável destacado pelas famílias e, ao contrário do que algumas pesquisas⁽²¹⁾ relacionadas aos aspectos culturais dos doentes crônicos trazem, esses hábitos saudáveis permaneceram com o passar do tempo, não se restringindo somente ao período de cuidados imediatos. Esse dado leva novamente à reflexão da representatividade do coração para as pessoas, órgão que, portanto, deve ser protegido, pois uma vez que falhe pode não ter recuperação viável, confirmando a crença cultural de que o coração é a máquina do corpo.

Por outro lado, pode-se refletir que o tempo médio pós IAM dos participantes dessa pesquisa foi de 9,5 meses, considerado ainda pequeno se comparado ao tempo de outros estudos⁽²⁰⁾ desenvolvidos com doentes crônicos. Dessa forma, pode-se inferir que as famílias ainda se mantem desenvolvendo práticas saudáveis, devido o impacto recente da doença.

Além da alimentação percebe-se uma diminuição do ritmo de vida e de trabalho. Esses fatos podem refletir positiva ou negativamente na família, pois, à medida que as pessoas deixam de realizar algumas atividades, podem estar mais presentes no contexto do convívio familiar, compartilhando de sua presença e fortalecendo as relações, fato observado pelo ecomapa das famílias. Por outro lado, devido à convivência maior, alguns conflitos familiares podem ser exacerbados, prejudicando de certo modo as relações.

Ter um enfermo no domicílio pode caracterizar situações estressoras no ambiente familiar, gerando conflitos que antes não ocorriam, porque a pessoa que teve o IAM tinha uma rotina de trabalho. Agora, devido às debilidades da doença, o doente encontra-se afastado de seus afazeres laborais, havendo, portanto, certa obrigatoriedade de cuidados, dentre eles o repouso, o que exige que ele fique de forma mais presente em casa, e assim podendo gerar conflitos. Estudo realizado com cuidadores familiares de doentes crônicos revelou que os

enfermos apresentam irritabilidade e reclamam com mais frequência, principalmente, devido às imposições da doença⁽¹²⁾.

O lazer e a integração social tem a capacidade de motivar e, quando realizado com outra pessoa, pode fortalecer o vínculo e a sensação de bem-estar, fatores importantes para o ambiente familiar. Entretanto, o adoecimento interfere nessas práticas, dificultando as interações entre os integrantes da família e destes para com o restante de sua rede social.

As pessoas passam a se sentir incapazes de desfrutar do lazer e das atividades desempenhadas anteriormente ao IAM⁽¹⁷⁾. É como se o coração, abalado fisicamente pela doença e emocionalmente pelos reflexos dela, impedisse as pessoas de interagir e retomar o compasso normal da vida. Assim, a Enfermagem por meio de ações que almejam detectar a rede de apoio das famílias, pode estimular o desenvolvimento das relações sociais, possibilitando a (re)inclusão do indivíduo doente e sua família nas atividades da sociedade, bem como fortalecendo os vínculos que poderão auxiliar na promoção da saúde de todos.

A família sofre modificações, pois o IAM aparece como algo bastante amedrontador. A situação tende a retornar ao equilíbrio, porém algumas lembranças, sobretudo devido às imposições do processo saúde/doença, ficarão presentes no ambiente familiar, emanando novas condutas e readequações.

Nesse contexto, a Enfermagem, por estar próxima das famílias, deve buscar atender as suas demandas, auxiliando nesse processo peculiar de readaptação. Nesta relação de cuidado, a presença é fundamental, sendo estabelecida por uma troca recíproca de conhecimentos e respeito às questões culturais que permeiam cada família⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família, independente de suas configurações, se caracteriza como fonte de cuidado às pessoas e, no momento do surgimento de uma doença crônica, diversas estratégias são

desenvolvidas pela família, a fim de preconizar o reestabelecimento do equilíbrio. Assim, no período imediato após o IAM percebe-se uma forte união do núcleo familiar, onde se apresentam o medo da morte, bem como outros sentimentos negativos.

Nesse momento, a família visa retomar logo o convívio com o enfermo, utilizando-se de táticas de manejo e enfrentamento da doença, tanto no domicílio, quanto no hospital. Destaca-se, ainda, que os vínculos são fortalecidos diante do adoecimento, o que permite uma aproximação, a fim de prestar o auxílio necessário para a situação ser normalizada.

Por outro lado, a vivência atual das famílias que tiveram um membro com IAM traz que, a partir do episódio da doença, algumas relações se tornaram conflituosas, devido à presença constante do doente no domicílio. Também as atividades da vida cotidiana foram prejudicadas, dificultando as interações e a manutenção das relações sociais.

Sugere-se que a Enfermagem atue como mediadora do saber profissional e familiar, nesse contexto, a fim de proporcionar uma aproximação e troca mútua de conhecimentos para que a família consiga se readaptar frente à situação de cronicidade que se apresenta. Além disso, faz-se necessário que os enfermeiros planejem o cuidado de forma congruente com as limitações e capacidades de cada família, para que estas sejam capazes de enfrentar e desenvolver autonomamente o cuidado ao seu familiar no domicílio.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2011. Série B, 148 p.
- 2 World Health Organization (WHO). World health statistics 2012. [citado em 2012 out. 12]; Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf
- 3 Schoen J, Mitchel RN. O coração. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchel RN. Robbins. Patologia básica. [tradução de Adriana Pitella Sudré *et al.*]; 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p.415-59.

- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. 1ª ed. Brasília, 2009. 416 p.
- 5 Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto & contexto enferm.* 2008; 17(1): 81-9.
- 6 Marcon SS, Radovanovic CA, Salci MA, Carreira L, Haddad L, Faquinello P. Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Cienc. cuid. saude*, 2009 suplemento 8, p.70-8.
- 7 Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizador. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p. 19-28.
- 8 Frizon G, Nascimento RP, Bertencello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: Sentimentos revelados. *Rev Gaucha Enferm, Porto Alegre*, 2011;32(1):72-8.
- 9 Angelo M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(4):437-43.
- 10 Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. *AACN Adv Crit Care.*, 2010; 21(1):80-91.
- 11 Flores GC, Borges ZN, Budó MLD, Mattioni, FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. *Rev Gaucha Enferm, Porto Alegre*, 2010;31(3):467-74.
- 12 Choi J, Donahoe MP, Zullo TG, Hoffman LA. Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months' experience. *Am J Crit Care.*, 2011;20(1):12-23.
- 13 Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. [trad. Sílvia Spada]. 5ª ed., São Paulo: Roca; 2012. 360 p.
- 14 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, 2008; 24(1):17-27.
- 15 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
- 16 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Pesquisa em Seres Humanos, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 17 Mussi, FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004;12(5):751-9.

18 Orth-Gómer K. Behavioral interventions for coronary heart disease patients. *Biopsychosoc Med* [Internet]. 2012 [cited 2012 november 4]; 6:1-7. Available from: <http://www.bpsmedicine.com/content/6/1/5>

19 Bertoldo C, Girardon-Perlini NMO. A trajetória de uma família no adoecimento e morte de um familiar por câncer: compromisso e solidariedade. *Rev. Contexto Saúde, Ijuí, jan/jun 2007*;6(12):49-58.

20 Navarro-Peternella FM, Marcon SS. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. *Rev Gaucha Enferm, Porto Alegre (RS),2010*;31(3):415-22.

21 Souza AS, Menezes MR. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, 2009*;12(1)87-102.

3.3 Artigo 2: Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio: implicações para a enfermagem

**CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM⁸**

**TITLE
TÍTULO**

⁸Artigo formatado segundo as normas da *Revista Texto & Contexto Enfermagem*.

RESUMO: Objetivou-se conhecer o cuidado desenvolvido pelas famílias de pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado com seis famílias entre os meses de fevereiro e maio de 2012. Para a coleta de dados utilizou-se observação, bem como entrevista com a família. A análise temática constituiu-se de três etapas e possibilitou agrupar os dados em duas categorias: Cuidado familiar como proteção e Cuidado familiar impositivo. Percebeu-se que o modo de cuidar, embora pareça se opor, ocorre, muitas vezes, simultaneamente, sendo que o cuidado que protege é o mesmo que impõe. Além disso, pode-se afirmar que, no interior do cuidado familiar, existem diversas formas de desenvolver o cuidado, sendo este, portanto, multifacetado. Acredita-se que por meio desses resultados se estará delineando caminhos para a Enfermagem e as outras profissões da área da saúde, favorecendo uma visualização mais aprofundada do cuidado familiar e suas variações.

Descritores: Enfermagem; Infarto do miocárdio; Saúde da Família; Família; Doença crônica.

ABSTRACT

Descriptors: Nursing; Myocardial infarction; Family health; Family; Chronic Disease.

RESUMEN:

Descriptores: Enfermería. Infarto del Miocardio; Salud de la Familia; Familia; Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas, especificamente as cardiovasculares, são a principal causa de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento e atingem, sobretudo, a população ativa, prejudicando sua vida e produtividade econômica.¹ O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ocasiona um elevado número de hospitalizações, sendo necessário o desenvolvimento de ações para auxiliar na promoção de saúde das pessoas por ele acometidas.²

Nesse contexto, as práticas de cuidado, presentes em todas as culturas, têm relevante valor, já que podem colaborar para o reestabelecimento da saúde das pessoas. As experiências de cuidado são influenciadas pelos valores culturais, pela visão de mundo, fatores da estrutura social, ambiental e sistemas de cuidado à saúde.³ Assim, o cuidado é produzido em pelo menos dois contextos distintos e inter-relacionados: o sistema de cuidado profissional, representado pelos serviços de saúde, e o popular, representado especialmente pela família.³

O “cuidado familiar”^{4:23} se estabelece no grupo familiar, por meio das interações entre os seus integrantes. Ele objetiva proporcionar qualidade de vida e bem-estar, sendo determinado por um guia interno utilizado pela família, ou seja, uma orientação que permite que todos ajam de forma semelhante. No entanto, esse cuidado, tem mais significação quando ocorrem situações problema, como as doenças⁴, as quais exigem maior dedicação e interação da família para efetivar a recuperação do enfermo. Destaca-se que os modos de cuidar elaborados pela família se estabelecem devido ao que seus membros acreditam ser apropriado para as decisões e ações relacionadas a um cuidado cultural.³

Diante disso, surge o cuidado como proteção, no qual são realizadas práticas que têm o intuito de assegurar o bem-estar da família. Além de manter a vida por meio do resguardo familiar, esse cuidado acompanha os membros da família em todas as suas trajetórias de vida.⁴ O cuidado ainda, em determinadas situações, exige a presença constante da família, o que pode gerar conflitos devido ao domínio que a família exerce sobre a pessoa doente.⁵ Esse cuidado reflete diretamente na vida de quem teve o IAM, pois, mesmo que a família tenha a intenção de prevenir novos problemas, desejando manter o equilíbrio do grupo, por vezes isso interfere no doente e sua autonomia. Dessa forma, o processo de cuidado, no ambiente familiar, pode ocorrer de diversas maneiras, dependendo do momento em que se concretiza.⁶

Estudos recentes, majoritariamente quantitativos, sobre o cuidado relacionado ao IAM fazem referência aos fatores de risco⁷, qualidade de vida⁸ e questões que permeiam a doença em homens e mulheres. Algumas pesquisas qualitativas abordam as percepções⁹ das pessoas que tiveram o IAM sobre a doença e a influência da família na prevenção dos fatores de risco.⁷ Outras ainda trazem o itinerário terapêutico percorrido no período pré-hospitalar.¹⁰ Destaca-se que nas pesquisas encontradas a família é abordada de forma generalizada e não de seu cuidado específico e suas peculiaridades, como se pretende abordar neste artigo. Desse modo, trabalhar com a família e o cuidado que esta desenvolve tem relevância no meio científico, pois cada vez mais se busca a inserção desse grupo nos serviços de saúde.

Assim, no momento em que a Enfermagem atentar para as perspectivas de cuidado estabelecidas na família diante de situação de IAM, poderá submergir na sua perspectiva e construir propostas específicas que auxiliem na condição crônica. Ainda, o compartilhamento de cuidados entre o saber informal familiar e formal pode facilitar na dialogicidade dos encontros, bem como na melhor estruturação dos cuidados. Dessa forma, objetivou-se com este trabalho conhecer o cuidado desenvolvido pelas famílias de pacientes após IAM.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado com seis famílias de pacientes pós IAM, sendo que os familiares foram sugeridos pela pessoa que teve o IAM e poderiam ultrapassar laços consanguíneos, de matrimônio e adoção.¹¹ Tratou-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva e exploratória.

Para encontrar os sujeitos, foram lidos, inicialmente, os prontuários dos pacientes pós IAM de um Ambulatório de Cardiologia (AC) localizado em um hospital do sul do Brasil e selecionados os que se encaixavam nos critérios de inclusão. Dessa forma, caracterizou-se uma amostra intencional, na qual os sujeitos são escolhidos com o objetivo de atender aos pressupostos do estudo, abordando informações pertinentes sobre a temática.¹²

Foram incluídas na pesquisa famílias que tinham uma pessoa com diagnóstico de IAM progressivo por aterosclerose em tempo de no mínimo seis meses e máximo de 24 meses. Os integrantes das famílias que participaram do estudo foram indicados pelo doente, no momento da conversa informal no AC, ou então foram convidados por ele na primeira visita estabelecida pelo pesquisador no domicílio. A conformação de família utilizada neste estudo sugere a presença de pelo menos duas pessoas, sendo que o paciente poderia ser uma delas.¹¹ Foram excluídos os familiares que apresentassem limitações cognitivas significantes (problemas na fala ou escuta).

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e maio de 2012, realizando-se para isso observação no AC e domicílio, bem como entrevista com a família. Utilizou-se um gravador digital, com o consentimento prévio dos sujeitos, para armazenar as entrevistas, as quais, posteriormente, foram transcritas para um arquivo de computador para se efetuar a análise dos dados. O diário de campo serviu para o registro das observações do pesquisador e foi realizado após as observações no AC e domicílio.

Quando os dados encontrados atenderam aos objetivos da pesquisa, a coleta foi finalizada. O *software* Atlas Ti 6.2 (*Qualitative Data Analysis*) auxiliou na codificação das entrevistas e, após, realizou-se a análise temática¹³, constituindo-se de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sigilo foi preservado por meio da adoção de nomes fictícios determinados pelo pesquisador. Para identificar a família como grupo, utilizaram-se a letra F, que significa família, e números subsequentes que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada, como, por exemplo, F1, F2.

A pesquisa atendeu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96¹⁴, seguiu aos trâmites necessários para o andamento de pesquisa com seres humanos e foi registrada pelo Comitê de Ética da universidade vinculada ao projeto, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0372.0.243.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados, inicialmente, se referem à descrição das famílias pesquisadas, sendo elas assim constituídas: a família (F1) era composta por João, que teve o IAM, 54 anos, aposentado, sua esposa (Cleusa) com 46 anos, cozinheira, a filha (Mariana) com 14 anos, estudante, e a nora (Daiane), trabalhadora do lar. A nora e o filho residiam em uma casa nos fundos, no mesmo terreno. O IAM havia ocorrido há nove meses.

A segunda família (F2) entrevistada incluiu o doente Jorge, 60 anos, aposentado, sua esposa Vera, com 51 anos, doméstica, e as filhas, Jéssica de 22 anos, babá, e Camila com 16 anos, estudante. Todos residiam na mesma moradia e o IAM havia ocorrido há sete meses.

A terceira família (F3) compreendeu o doente Paulo, 65 anos, aposentado e músico, e sua esposa (Regina), 58 anos, costureira. Residiam sozinhos e o IAM havia ocorrido há 14 meses.

A entrevista com a quarta família (F4) foi realizada com a Carmem que teve o IAM, 59 anos, aposentada, cozinheira e doméstica e seu companheiro (Renato), 54 anos, autônomo e estudante de direito. Residiam sozinhos e o IAM havia ocorrido há 11 meses.

A entrevista com a quinta família (F5) ocorreu com o doente Luiz, 57 anos, maquinista aposentado, e sua esposa (Ana), 56 anos, cuidadora de idosos. Eles residiam sozinhos e o IAM havia ocorrido há 10 meses.

A sexta família (F6) foi composta pela doente Angelina, 58 anos, do lar, seu marido (José), 65 anos, motorista aposentado e suas filhas, Luana, de 31 anos, do lar, e Juliana de 26 anos, policial militar. Na residência moravam o casal e a filha mais nova. O IAM havia ocorrido há seis meses.

Cuidado familiar como proteção

Na experiência com as famílias evidenciou-se que o cuidado familiar de proteção é realizado por meio de situações que se caracterizam pela presença, pelo envolvimento, pela preocupação e pela busca de atividade econômica.

A *presença* pode ser percebida com as atividades desempenhadas no ambiente domiciliar, dentre elas cuidados com a alimentação, a medicação e a higiene. [...] *quando ela [nora] saia eu*

cuidava para ela, quando ela chegava, entregava para mim e aí eu tomava conta, levava para tomar banho, levava para fazer curativo, fazia tudo em casa, tudo, com os remédios. Comprei um aparelho para tirar a glicose da mão dele, tudo isso aí a gente fazia (F1-Cleusa-esposa). E aí foi indo com a recuperação, alimentação também cuidar um pouco. Até para tomar banho os primeiros dias sempre, até para me vestir às vezes, assim para se abaixar não conseguia, doía aqui. Sempre com ajuda e foi indo, foi indo devagarinho (F5-Luiz-doente).

O cuidado de proteção busca evitar novo IAM e conseqüentemente novo desequilíbrio familiar, pois vários cuidados relatados pelas famílias desta pesquisa se referem aos momentos decorrentes do pós IAM imediato. Para a efetivação desses cuidados, a presença física parece ter uma significância considerável para os familiares, já que no momento em que estão próximos do enfermo conseguem acompanhar sua condição e prestar o cuidado necessário para sua recuperação.

A proteção familiar visa preservar a vida do doente, sendo, por isso, realizados cuidados com a higiene pessoal, adequação da habitação e alimentação, conforme as necessidades individuais e coletivas do grupo.⁴ Assim, as necessidades do doente podem ser mais bem supridas, em sua integralidade, quando a família está efetivamente presente, oferecendo um cuidado que atenda os valores culturais⁵ de quem teve o IAM. A família, como grupo, é corresponsável pela saúde e bem-estar dos seus membros^{4,15}, sendo que em um processo de doença, quando ela está inserida nesse contexto, tende a obter maior resolutividade para a recuperação da saúde.¹⁵

Ainda, para a pessoa que está debilitada e em sofrimento, sobretudo no pós IAM imediato, devido à dificuldade de realizar as atividades autonomamente, receber atenção e carinho por meio da presença possibilita a interação entre os envolvidos. Assim, cria-se maior abrangência de fatores subjetivos que podem atuar de maneira benéfica sobre a doença⁶, estabelecendo terapêuticas que vão muito além dos medicamentos e outros procedimentos.

Embora os cuidados aparentemente pareçam ser voltados para a pessoa que está doente, muitos deles protegem a família em sua totalidade, pois facilitam o fortalecimento dos vínculos, estabelecem um ambiente saudável e, conseqüentemente, podem diminuir o risco de novos problemas afetarem o núcleo familiar. O cuidado projeta-se na família, de forma que o doente, quando cuidado, passe a estimular a interação entre os familiares, gerando um ciclo de zelo, carinho e proteção que solidifica os laços afetivos¹⁶ e faz ressaltar as potencialidades da família.

Em outros momentos, as famílias buscam proteger se **envolvendo** no cuidado direto aos doentes, evitando, por exemplo, que estes desenvolvam atividades que exijam esforço físico.

[...] *é para ele se cuidar, não estar levantando muito peso sabe, não estar forcejando. Às vezes eu digo para ele, dorme de tarde bastante, aproveita, fica dormindo, logo descansa* (F1-Cleusa-esposa). *Às vezes ele saía de carro, ia para o centro e eu dizia: se cuida, mas se cuida das coisas normais, não vai fazer um exercício. Se cuida no sentar, no levantar uma cadeira pesada, no descer escada* (F5-Ana-esposa).

Lembrar o doente de suas fragilidades frente à doença pode fortalecer o cuidado, fazendo com que este seja compartilhado em ambiente familiar, o que demanda envolvimento e conexão entre a família. Portanto, não basta a família determinar opções estanques de cuidado ao enfermo, mas ela precisa realizar negociações internas, pautadas nas crenças e hábitos do grupo, que influenciarão no manejo da doença e na forma com que os membros se cuidam e se protegem.

Diante das limitações impostas pela doença, a família busca alternativas para gerenciar o cuidado, atendendo às demandas do doente dentro da sua perspectiva cultural.¹⁷ A interação da família, quando positiva, pode favorecer o processo de enfrentamento da doença, colaborando para a execução de atitudes protetivas relacionadas, prioritariamente, à essência do que está sendo vivido.⁶

Outra situação descrita como forma de proteção se refere às **preocupações** cotidianas da vida familiar. Em alguns casos, estas eram omitidas até que a recuperação do doente fosse retomada. *Quando ele saiu [do hospital], chegavam as contas altas e ele não podia saber de nada, tinha que ficar tranquilo, sem se incomodar, sem se preocupar com elas, aí a gente tinha que esconder e ficar tudo bem* (F1-Daiane-nora). *Às vezes eu tinha dor, eu me segurava e chorava sozinha no quarto, eu me encerrava [...] para aquilo passar [...]* (F1-Cleusa-esposa).

São percebidas, nas falas, algumas inquietações nos integrantes da família pela cronicidade que se instalou, porém, quando eles compreendem as imposições do processo saúde/doença parecem adentrar com mais facilidade na realidade, acentuando as forças de cuidado para sustentar as circunstâncias, como no caso das falas que demonstram a preservação do doente frente aos problemas que surgem. O equilíbrio familiar, nesse período, tende a ser alcançado de maneira diferente, ocorrendo para isso uma introspecção familiar¹¹, na qual as práticas de cuidado são de certa forma veladas e almejam resguardar a vida de quem teve o IAM.

Além disso, observou-se, neste estudo, que os integrantes da família se ajustam às demandas, no intuito de proteção coletiva, mesmo que para isso seja necessário sofrer silenciosamente, evitando gerar ansiedade no doente, bem como prejudicar seu funcionamento cardíaco novamente. A preocupação da família representa uma ação de afeto que oferece qualidade ao cuidado¹⁸ e que pode auxiliar, de certa forma, na recuperação breve.

Nesses momentos pode existir também uma inversão de papéis e de responsabilidades, confirmando a doença como algo que interfere na vida de todos que estão próximos da pessoa que teve o IAM. Salienta-se, portanto, que o comportamento padrão pré-determinado culturalmente pelo grupo familiar deixa de acontecer¹¹, incitando uma reinvenção não programada dos papéis na família.

No entanto, mesmo que todas essas modificações ocorram, observou-se, nas entrevistas, um sentimento forte que motivava a família para seguir em frente e, passado algum tempo das adversidades do IAM, suas consequências crônicas foram, de certa forma, assimiladas, elaborando um novo padrão que deveria perdurar pela vida posterior, até que outra demanda familiar surgisse.

Ainda detectou-se que, principalmente nas entrevistas em que as pessoas que tiveram o IAM foram homens, as esposas necessitaram **buscar uma atividade econômica** que fornecesse mais subsídios financeiros ou então modificar as que já tinham, no intuito de proteção do núcleo familiar. *Ela mesma também mudou a vida dela, o trabalho dela mudou, teve que passar a trabalhar diferente, ficar mais em casa (F5-Luiz-doente). Eu me virei, eu trabalhei, pode perguntar para ele, faz quatro anos que eu trabalho na creche. [...] tem as gurias [filhas] que trabalham [...] E nas casas das conhecidas que eu faço faxina, me chamam e eu vou. E ele ficava em casa porque essa guria aqui também já se vira (F2-Vera-esposa).*

O IAM, sobretudo o imediato, exige repouso, uma vez que a pessoa deve se recuperar do adoecimento cardíaco e, para isso, evitar esforços. Portanto, torna-se coerente o afastamento, por vezes momentâneo e em outras efetivo, das suas atividades laborais. Devido a isso, se percebeu nas famílias entrevistadas uma dificuldade financeira, o que, conseqüentemente, diminuiu a renda familiar.

No momento em que a doença envolve um dos membros da família, que auxilia financeiramente no ambiente familiar, evidenciam-se dificuldades relacionadas com a saída da pessoa do círculo de trabalho e também da diminuição da renda que o indivíduo passa a receber⁸, sendo, na maioria das vezes, inferior ao que se tinha.

Como forma de amenizar essa situação, detectou-se, nas entrevistas desta pesquisa, que as mulheres que tinham a função de complementar as finanças necessitaram trabalhar ou modificar seus hábitos laborais a fim de manter o padrão de vida e proteger a família na sua unicidade. A mulher então permanece mais tempo fora de casa e inverte seu papel de provedora de cuidados para o lar, para provedora de sustento. Observou-se que esse fato por alguns momentos gera inquietude nos homens que tiveram o IAM, principalmente, pela dependência que se desenvolve. No entanto, mesmo que atualmente as mulheres tenham alcançado várias conquistas na

sociedade, o padrão cultural dominante ainda supõe que elas devem se reservar mais às tarefas do lar⁶, o que talvez justifique a posição dos homens da pesquisa.

Ainda, o desconforto nos homens talvez ocorra não somente pelo problema financeiro, mas também pelo afastamento de sua rotina de trabalho e por não poderem mais prover adequadamente o sustento da família. Essa dependência gerada pela enfermidade, em alguns momentos, torna-se um problema, pois os indivíduos têm dificuldade de realizar as atividades que até então desenvolviam, gerando conflitos e fazendo com que seu papel no interior do contexto familiar seja modificado.⁹

Cuidado familiar impositivo

O cuidado familiar impositivo, detectado nas famílias pesquisadas, desenvolve-se por meio de atitudes infantilizadoras, atitudes de poder e práticas autoritárias.

Após a internação hospitalar devido ao IAM, o doente retorna ao domicílio, emergindo algumas *atitudes infantilizadoras* da família frente aos cuidados realizados: [...] *ele dá um pouco de trabalho [...] ele virou criança. [...] uma coisa eu aprendi sabe, quando a gente começa a ficar na idade que a gente tá, a gente envelhece e volta a [ser] criança. [...] eu [penso] mas será que eu estou criando filho de novo?* (F1-Cleusa-esposa). *Tem que trazer a tua mãe assim [...] é nenezinho* (F6-José-marido).

A família é permeada pelos mais diversos sentimentos quando uma condição crônica surge e no IAM não poderia ser diferente. Apesar de este se caracterizar como um acontecimento agudo que necessita internação hospitalar, seus reflexos continuam no domicílio, influenciando no modo de agir e viver dos integrantes da família. Assim, diante das modificações necessárias para se retomar o equilíbrio, a família passa a elaborar restrições infantilizadoras, colocando o sujeito doente, muitas vezes, em condição inferior, como se esse fosse uma criança que precisa de cuidados e não tem liberdade para fazê-los.

Esse cuidado acentuado, que ocasiona, muitas vezes, a desconsideração da pessoa como um ser adulto, pode surgir a partir da busca dos familiares em atender todas as necessidades para sobrevivência do doente.¹⁹ Isso pode ser detectado, especialmente, no período pós IAM, já que essa enfermidade envolve o coração, órgão vital para o funcionamento do corpo. A família, devido ao medo das consequências, passa a ter um cuidado maior com seus entes queridos e assim pode desenvolver atitudes de infantilização. Além disso, essa situação pode se perpetuar, mesmo quando o doente apresenta sinais de recuperação e de possibilidade de desenvolver as atividades de forma autônoma.

A família deve atentar para a autonomia das pessoas que tiveram IAM, pois, senão, à medida que se estabelece uma dependência como a visualizada nas falas deste estudo, pode-se também favorecer um comportamento infantil nas pessoas doentes.¹⁹ Salienta-se a necessidade de equilíbrio familiar até mesmo nas práticas de cuidado dos integrantes, o que pode ser comparado com uma balança que necessita estar com ambos os lados em sintonia para que nenhum exerça força demais sobre o outro. Retratando o contexto familiar, o doente e o restante da família devem ponderar suas ações, mantendo um balanceamento que seja adequado para todos os envolvidos.

Por outro lado, percebe-se que em algumas famílias a condição de estar inferiorizado/infantilizado emana, primeiramente, da própria pessoa que teve o IAM, estimulando que os outros integrantes passem também a agir dessa forma. Essa circunstância pode ocorrer devido ao receio que o doente tem de retomar suas práticas no ambiente domiciliar, acentuando o desenvolvimento de uma hierarquia. Destaca-se que as relações de poder existentes na família não são estáveis e, quando se modificam, são precedidas por alterações na realidade, como o surgimento de uma doença.¹¹

Assim, por meio desses arranjos interacionais que ocorrem entre os membros da família após o IAM, os doentes modificam seu papel dentro do grupo¹¹ e podem desenvolver problemas relacionados à autoestima devido à inferiorização sentida pela perda de posição dentro da família.⁹ Com essa alteração dos papéis, os integrantes da família que passam a ter posição de domínio parecem ter certa satisfação, pois, desse modo, o doente passa a agir de acordo com aquilo que a família pensa ser mais coerente e pode perder parte de sua autonomia.

Com vistas a propiciar a autonomia do doente em âmbito familiar, a Enfermagem pode colaborar, inserindo a família desde a internação hospitalar nas práticas de cuidado, demonstrando ao grupo as ações a serem realizadas no domicílio em cada etapa da recuperação pós IAM. Com o conhecimento das possibilidades do enfermo, a família pode sentir-se mais segura e facilitar que ele exerça sua autonomia. Ainda, esses momentos de troca compartilhada com a Enfermagem auxiliam para um processo de reflexão da família, o qual deve auxiliar no estabelecimento do respeito ao tempo individual de adaptação dos integrantes, especialmente do enfermo.

Outro aspecto destacado pelas famílias, quando se mencionaram o enfermo, foi a sua resistência quanto aos cuidados necessários, fato que culmina nas atitudes de *poder* da família: [...] *ele sente dor ainda, por causa que ele não pode forcejar, por causa que ele sente falta de ar e dá aquela falta de ar desesperada. Domingo ele foi tentar limpar ali o pátio, sabe como ele é teimoso. E daí dava aquele suador e ele parava e doía [...] sentia dor assim ainda. [...] a gente*

fala as coisas pra ele não fazer, ele quer fazer as coisas e não pode (F1-Cleusa-esposa). [...] *tinha que estar cuidando, bem cuidado* [risos]. *Ela é meio teimosa também, sempre queria fazer uma coisa que não* [podia], *comer uma coisa que não devia* [...] (F4-Renato-companheiro/amigo). [...] *mas ela é muito teimosa também, de contrariar as coisas, ela lava roupa ao invés de deixar na máquina para eu tirar e estender* (F6-José-marido).

O poder parece estar imbricado nas falas das famílias entrevistadas, pois a utilização das expressões “não pode” e “não deve” sugestionam certa autoridade perante as fragilidades que a doença impõe. No entanto, neste estudo, as pessoas que tiveram infarto tentavam agir de acordo com suas atividades rotineiras, no intuito de sentirem-se úteis, já que, na sua maioria, não ficaram com sequelas físicas graves.

Ocorre uma tentativa de influência da família sobre os comportamentos do doente.¹¹ No entanto, à medida que as necessidades de saúde começam a ser parcialmente resolvidas, havendo recuperação do corpo físico, os doentes se sentem aptos para retornar às suas práticas de vida diária^{8,20} e, mesmo que nem sempre se sintam bem, fazem essas tentativas para demonstrar ao restante da família que podem exercer sua autonomia. Ressalta-se que essas decisões de agir adotadas pelos doentes facilitam a edificação de sua liberdade e seu fortalecimento no seio familiar.

Apesar disso, essas atitudes de retomada de vida normal, por vezes, podem prejudicar ainda mais a saúde, mas revelam a busca dos doentes pela liberdade de domínio da família e, conseqüentemente, da doença sobre todos, pois à medida que o enfermo passa a exercer suas atividades, o IAM deixa de ser tão focalizado no contexto familiar e as preocupações desviam para outras questões que não a doença. Dessa forma, conforme as questões culturais existentes na família, o desequilíbrio ocasionado pela enfermidade tende aos poucos a reduzir.²⁰

Por meio das práticas de educação em saúde, que permitem uma troca entre os conhecimentos popular e profissional, a Enfermagem pode alertar a família quanto às limitações e especificidades do IAM. Assim, com certa compreensão do processo saúde/doença, poderão ser amenizadas angústias de todos envolvidos e, por conseguinte, pressões de domínio da família sobre o doente e suas atividades cotidianas. O desenvolvimento da educação familiar pode ainda oferecer suporte, reduzindo os problemas no domicílio e a demanda nos serviços de saúde.²¹

Na busca de efetivar o cuidado, se percebem algumas tentativas de domínio da família frente às atitudes dos sujeitos que tiveram o IAM, por meio de **práticas autoritárias**, o que pode ser observado nos diálogos: *Eu faço ele rezar em casa, às vezes ele não quer, vai rezar* (F1-Cleusa-esposa). *Primeiro eu ia na igreja, agora que eu nunca mais fui* (F1-João -

doente). [...] *é, mas a gente tem que ir, meu filho* (F1-Cleusa). [...] *e não tem querer, não tem querer também* (F1-Daiane-nora). [...] *quando ele deu alta nós tentamos, eu tentei tirar [o cigarro]. Aí ele ficou assim ó, eu dava de hora em hora um pedacinho de cigarro, ele pegava e fumava um pedacinho. Foi indo, foi indo, aí ele já se soltou mais, ele já começou a sair, ele tinha um pecúlio que ele recebia do dedo que ele não tem ali ó, aí ele já começou a comprar uma carteira e aí ele fumou, não era para fumar. Mas ele não deixa do cigarro [...]. Esse ele não vai deixar, só quando Deus tirar mesmo* (F2-Vera-esposa).

As práticas autoritárias realizadas por alguns integrantes da família parecem ser uma tentativa de mudança de hábitos e crenças, o que se torna difícil devido aos aspectos culturais e experiências de cada um. Compreende-se que algumas dessas situações fazem parte de um movimento do grupo para fortalecer o cuidado familiar e evitar novo problema, porém sem considerar, de certo modo, a rotina que o doente tinha antes do IAM. Então, se percebe que não são somente os profissionais de saúde, como muitas vezes são criticados, que têm dificuldade para vislumbrar as peculiaridades de cada indivíduo. A própria família, que convive e está junto com ele, não considera seus aspectos culturais, ultrapassando os hábitos e práticas que até então eram do âmbito familiar.

Algumas anotações do diário de campo também traduzem um pouco do domínio que alguns integrantes da família apresentam: *Desde o início da entrevista percebi o quanto a matriarca queria falar, demonstrando seu domínio sobre o paciente e os outros integrantes da família. Em algumas perguntas direcionadas aos outros integrantes o seu olhar apenas induzia, de certo modo, o que iriam responder* (Diário de campo 13/02/2012).

É necessário lembrar que os hábitos são influenciados pelo contexto em que as pessoas vivem²² e, assim, a própria família, anteriormente ao episódio de IAM, pode ter colaborado para o desenvolvimento dos costumes que o doente opta por seguir. Ainda, o processo de mudança após a doença não ocorre igualmente em todos os membros da família, ou seja, alguns são menos capazes de sofrer as influências da enfermidade¹¹, sendo que esta também pode ser uma justificativa para aqueles que retomam hábitos anteriores. Nesse sentido, as interações familiares devem ser fundamentadas na relativização das práticas de cuidado, a fim de manter o respeito às individualidades culturais.⁵ A família precisa (re)adequar suas experiências a partir da doença, bem como as adversidades que surgem com ela²⁰, mesmo que muitas vezes isso vá de encontro ao que é preconizado e orientado pelo sistema profissional de cuidados.

Esses dados confirmam a necessidade de a Enfermagem atuar na família durante o andamento da condição crônica, sobretudo, auxiliando no esclarecimento do processo saúde/doença e fornecendo subsídios que possam reduzir os conflitos emergentes. Ao se

realizar um diagnóstico familiar, novas possibilidades para a resolução de problemas podem ser sugeridas, o que facilita a interação e boa convivência entre todos, sem a necessidade de práticas impositivas e críticas desmerecedoras à pessoa que teve o IAM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estudo pôde-se perceber que o cuidado familiar desenvolvido após IAM, nas famílias entrevistadas, apresenta, principalmente, características protetivas e de imposição. Ao se referirem às práticas de proteção, destacam-se aquelas relacionadas à alimentação, à higiene, à medicação e também ao esforço físico e às preocupações que devem ser evitadas. Algumas são realizadas pelas famílias em período imediato após o IAM, porém outras até podem perpetuar como uma modificação no cotidiano do grupo, exigindo adaptações. Dentre essas, destacam-se aquelas práticas relativas à renda familiar, a qual pode diminuir quando o adoecimento crônico impede as pessoas de desenvolver suas atividades laborais normalmente. Assim, ocorre uma reorganização dos integrantes da família, a fim de proteger o grupo, por meio do manejo da qualidade de vida de todos, o que pode ser realizado pela duplicidade de empregos de alguns e busca de trabalho por outros.

Por outro lado, visualizaram-se cuidados impositivos da família para com a pessoa que teve o IAM, como práticas infantilizadoras e críticas à sua resistência, o que culmina na tentativa de domínio da família, com práticas autoritárias e atitudes que desconsideram, por vezes, os aspectos culturais, e que podem interferir na autonomia do enfermo frente à sua conduta de vida. Isso talvez ocorra pela modificação do papel do enfermo dentro do contexto familiar.

Em uma primeira visualização dos cuidados destacados neste artigo, eles parecem ser opostos, porém questiona-se: até que ponto? Em alguns contextos até podem ser, mas nos ambientes familiares desta pesquisa percebeu-se que, ao mesmo tempo ou alternadamente, o cuidado que impõe protege, e vice-versa. Desse modo se confirma que a família não é estática, sobretudo, pelas interações que ocorrem em seu interior e que permitem esse contraponto de cuidados. Destaca-se também que esses cuidados que objetivam atenuar os efeitos da doença sobre a família facilitam por vezes as aproximações ou conflitos entre os integrantes.

Os achados deste estudo permitiram conhecer o cuidado que as famílias elaboram e desenvolvem frente ao IAM, sendo possível até mesmo dizer que no interior do cuidado familiar existem diversas formas de desenvolver o cuidado, sendo este, portanto, multifacetado. Acredita-se que por meio desses resultados se estará abrindo novos caminhos para a Enfermagem e as outras profissões da área da saúde, favorecendo uma visualização mais aprofundada do cuidado familiar e suas variações. Desse modo, pode-se buscar sua inserção nos

serviços de saúde, facilitando uma proximidade entre cuidado familiar e profissional.

Ainda, com esta pesquisa percebeu-se que são necessários novos estudos, os quais consigam aprofundar os cuidados realizados, atentando para as significações deles nas famílias, bem como as interações que os permeiam em cada momento de enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

1 Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2009 [Internet]. Washington (DC): USA; 2009 [acesso em 2012 Nov 28]. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_ENG_2009.pdf

2 Guimarães HP, Avezum A, Piegas LS. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo. 2006 Jan-Mar; 16(1):1-7.

3 Leininger M, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a world wide nursing theory. Second Edition. Jones and Bartlett. Sudbury, MA. 2006.p.43-82.

4 Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I; Marcon SS; Silva MRS, organizador. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p. 19-28.

5 Flores GC, Borges ZN, Budó MLD, Mattioni FC. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. Rev. gauch. enferm. 2010 Set; 31(3): 467-74.

6 Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor- A cultura e as alternativas populares. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008 Mar; 12(1):90-6.

7 Silva AL, Sales PC. Participação familiar na prevenção primária dos fatores de risco para doença arterial coronária em idosos. Saúde Coletiva. 2008 Jul-Ago; 5(22): 110-15.

8 Caetano JA, Soares E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2007 mar; 11(1):30-7.

- 9 Galter C, Rodrigues GC, Galvão ECF. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. *J. Health. Sci. Inst.* 2010 [acesso em 2012 Nov 28]; 28(3):255-258. Disponível em:http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03_jul-set/V28_n3_2010_p255-258.pdf
- 10 Gouveia VA, Victor EG, LIMA SG. Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011 Set-Out [acesso em 2012 Nov 28]; 19(5): 08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_04.pdf
- 11 Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia pra avaliação e intervenção na família.* [trad. Sílvia Spada]. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012. 350 p.
- 12 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(1):17-27.
- 13 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
- 14 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Pesquisa em Seres Humanos, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 15 Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2009 Mai-Jun; 62(3): 407-16.
- 16 Silva LWS, Nunes ECDA, Martins LAS, Rossi CF, Barbosa FNM. A arte de expressar o significado da família: uma experiência de ensino-extensão em Enfermagem. *Revista Conexão UEPG.* 2011; 7:70-9.
- 17 Donovan R, Williams A, Stajduhar K, Brazil K, Marshall D. The influence of culture on home-based family caregiving at end-of-life: A case study of Dutch reformed family caregivers in Ontario, Canada. *Soc Sci Med.* 2011 Feb; 72(3): 338-46.

18 Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski LSR. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto & Contexto enferm.* 2010 Jul-Set; 19(3): 504-10.

19 Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto enferm.* 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8.

20 Muniz RM, Zago MMF, Schwartz E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto & Contexto enferm.* 2009 Jan-Mar; 18(1): 25-32.

21 Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs.* 2011 Apr; 7(4):774-87.

22 Cruz SEE, Osorio FR. Percepciones y creencias en personas que padecieron un evento coronario agudo. *Av. enferm.* 2011; XXIX (2): 307-18.

3.4 Artigo 3: Apoio social da família frente à necessidade de cuidado após infarto do miocárdio

APOIO SOCIAL DA FAMÍLIA FRENTE À NECESSIDADE DE CUIDADO APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO⁹

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com objetivo de conhecer o apoio social recebido pela família frente à necessidade de cuidado pós IAM. A coleta de dados ocorreu com seis famílias nos meses de fevereiro a maio de 2012 e desenvolveu-se com observação e entrevista com a família. A análise temática, constituída de três etapas, favoreceu a descoberta de três categorias: “*Levaram ele e foi assim que começou*”: apoio social frente ao episódio do infarto; “*A gente se revezava*”: apoio social após o infarto imediato; “*Todo mundo tem que correr e trabalhar*”: apoio social após o infarto tardio. Conclui-se que o apoio social das famílias acompanha a trajetória do IAM, sendo circulante e com componentes variados que dependem das necessidades de cuidado de cada momento.

Palavras-Chave: Família; Saúde da família; Enfermagem; Infarto do miocárdio; Apoio social.

ABSTRACT:

Keywords: *Family; Family health; Nursing; Myocardial infarction; Social support.*

RESUMEN

Palabras clave: *Familia; Salud de la Familia; Enfermería. Infarto del Miocardio; Apoyo social.*

INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um problema relevante que afeta a saúde dos indivíduos e exige modificações significativas na sua rotina de vida¹.

⁹Artigo formatado segundo as normas da *Revista Anna Nery*.

Diante disso, algumas famílias ficam desamparadas com as novas demandas dessa experiência, necessitando de suporte para o compartilhamento de ansiedades e redução de preocupações². Como forma de enfrentar o adoecimento e suas consequências, o apoio social é acionado em cada estágio específico da doença, proporcionando melhora da saúde e qualidade de vida dos envolvidos³.

O conceito de apoio social começou a ser discutido desde a década de 70⁴ e atualmente a descrição mais utilizada diz que ele se caracteriza por ser “qualquer informação ou auxílio material prestados por grupos ou pessoas que se conhecem, resultando em reflexos emocionais e comportamentais positivos”^{5:10}. O apoio social pode ter várias classificações, dependendo do autor utilizado, porém, para a construção deste artigo e análise dos dados, fundamentou-se em três tipos: apoio emocional, instrumental e informativo. O emocional trata de um apoio afetivo que proporciona segurança e acolhimento com valorização da autoestima e confiança; o informativo objetiva compartilhar conhecimentos e prestar orientações aos indivíduos; e o instrumental abrange apoio financeiro e auxílio em atividades da vida cotidiana⁶.

Na medida em que há a necessidade de amparo e cuidado, as pessoas buscam umas às outras, ocorrendo uma aproximação e o estabelecimento de uma relação de apoio⁷. Essas interações favorecem o enfrentamento de situações adversas⁴, como na presença de uma doença que pode interferir na organização dos integrantes da família⁸.

Assim, os profissionais de saúde têm a função de estimular o fortalecimento do apoio social à família, com o intuito de contribuir para a realização do cuidado dos seus integrantes com mais tranquilidade e resolutividade⁹. O enfermeiro, em especial, precisa compreender com propriedade o apoio social circulante nas famílias de pessoas que tiveram IAM, uma vez que atua junto com o grupo familiar durante todo o processo de enfermidade, seja na hospitalização por meio de orientações dialógicas iniciais acerca da doença e sua progressão

ou na atenção básica com a realização de grupos e acompanhamento do processo saúde/doença.

Além disso, destaca-se que, embora existam estudos realizados na área da enfermagem acerca do apoio social à família, a maioria relaciona-se com o apoio ao indivíduo enfermo^{1,3,10,11} ou o apoio ao cuidador familiar^{7,12}. Ainda, alguns estudos de apoio social referem-se ao período de internação hospitalar⁸, clareando aspectos desse ambiente e deixando uma lacuna do apoio recebido para além dele.

Diante disso, este estudo objetiva conhecer o apoio social recebido pela família frente à necessidade de cuidado pós IAM.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória foi desenvolvida com seis famílias de pacientes pós IAM. Para a sua realização utilizou-se o conceito de que a família ultrapassa laços de consanguinidade, matrimônio ou adoção¹³.

O primeiro momento serviu para identificar os sujeitos aptos para participar da pesquisa por meio da leitura dos prontuários dos pacientes pós IAM, no Ambulatório de Cardiologia (AC) de um hospital do sul do Brasil. Essa etapa assinala para uma amostra intencional, em que são escolhidos sujeitos que possam atender de forma relevante os objetivos do estudo¹⁴.

Para serem incluídas no estudo, as famílias deveriam ter uma pessoa com diagnóstico de IAM progressivo por aterosclerose em tempo de no mínimo seis meses e máximo de 24 meses. Além disso, os integrantes das famílias deveriam ser indicados, no AC ou na primeira visita no domicílio, pela própria pessoa que teve o IAM. Excluíram-se as pessoas com limitações cognitivas na fala ou escuta. Para que as entrevistas coletivas fossem realizadas

com as famílias, foi necessária a presença de pelo menos duas pessoas, sendo que o paciente poderia ser uma delas¹³.

A coleta de dados, ocorrida nos meses de fevereiro a maio de 2012, realizou-se com observação no AC e domicílio, além da entrevista com a família. Como forma de armazenar as entrevistas com maior credibilidade foi utilizado um gravador digital com o consentimento prévio dos sujeitos, as quais, posteriormente, foram transcritas para um arquivo de computador. O diário de campo foi realizado com o intuito de registrar as percepções do pesquisador após as observações e entrevistas.

Utilizou-se o *software* Atlas Ti 6.2 (*Qualitative Data Analysis*) para auxiliar na codificação das entrevistas após a coleta, a qual terminou somente quando os objetivos da pesquisa foram atendidos. Os dados foram analisados pela análise temática¹⁵, constituída de três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Após elucidação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos sujeitos que aceitaram participar. Os seus nomes foram modificados pelo pesquisador a fim de manter o anonimato e a família foi identificada como grupo por meio da utilização da letra F, que significa “família”, e números subsequentes que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada, como, por exemplo, F1, F2.

A pesquisa está de acordo com os princípios éticos da Resolução nº 196/96¹⁶, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da universidade a que está vinculada, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0372.0.243.000-11, no dia 13 de dezembro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Abaixo estão detalhadas as famílias do estudo, bem como as categorias referentes ao seu apoio social: “*Levaram ele e foi assim que começou*”: apoio social frente ao episódio do

infarto; *“A gente se revezava”*: apoio social após o infarto imediato; *“Todo mundo tem que correr e trabalhar”*: apoio social após o infarto tardio.

As famílias do estudo

A pesquisa foi realizada com seis famílias, sendo que todas elas tiveram pelo menos a presença de duas pessoas, uma delas podendo ser a pessoa que teve o IAM. As famílias F1, F2 e F6 contaram com a presença de quatro integrantes, sendo que na família F1 participaram a nora e a filha, e nas F2 e F6, as filhas, além do casal. Nas famílias F3, F4 e F5 foi entrevistado somente o casal. Apenas nas famílias F4 e F6 a pessoa doente era do sexo feminino. O menor tempo de IAM foi na família F6, na qual havia ocorrido há 6 meses; o maior período ocorreu na família F3, sendo de 14 meses.

***“Levaram ele e foi assim que começou”*: apoio social frente ao episódio do infarto**

Com a realização das entrevistas e construção dos ecomapas com as famílias, percebeu-se que o apoio surgiu desde o estabelecimento do IAM, perpassando pelas fases de pós IAM imediato e tardio. As falas, a seguir, destacam o apoio inicial, recebido por pessoas fora da família, nos momentos que antecederam a internação hospitalar e descoberta do IAM.

[...] aquela dor horrível no peito, ele chegou aqui desesperado [...] aí eu vi que um senhor vinha trazendo ele. Ele entrou procurando os documentos dele e a roupa, ele só trocou a roupa que estava, o homem colocou ele para dentro [do carro] e eu dei a carteira com o documento e se foi. Eu disse: vão indo que depois eu vou atrás (F2-Vera).

Daí eu [...] disse para o [amigo]: “Não estou bem!”. Comi só um pouquinho assim, enjoada, fui deitar. Deitei, senti que não ia aguentar mais aquela dor e disse: “Me traz mais remédios da pressão”. Eu achava que era a pressão e daí eu disse: “Me leva para o PA, estou morrendo!”. Daí ele saiu comigo de arrasto, me colocou no carro e levou no primeiro postinho aqui. Daqui fui para o PA e depois já fui para o [hospital] (F4-Carmen).

Quando o IAM acontece, se caracteriza por ser, na maioria das vezes, inesperado, o que demanda cuidado e apoio das pessoas que estão próximas fisicamente, mesmo que estas sejam desconhecidas ou tenham pouco contato relacional com a família. Conforme alguns relatos, a dor causada pelo problema cardiovascular parece ser a principal responsável pela busca de ajuda e também pelo indicativo de que algo não está bem. Além disso, os sinais expressivos de dor parecem provocar nas outras pessoas sentimentos de solidariedade, fazendo com que elas se comovam e ofereçam apoio instrumental durante o período inicial, principalmente, no intuito de auxiliar a família no transporte do doente para o hospital.

A dor passa a ser um fator externo ao domínio de quem está tendo o IAM e sua família, influenciando diretamente na decisão pela procura de suporte imediato. Assim, a sobrevivência passa a depender do apoio de outros, os quais providenciam transporte e colaboram para que a dor seja suportada¹⁰. Ao se deparar com alguém em situação difícil surge um sentimento de ajuda nas pessoas⁷, fazendo com que elas sejam solidárias e elaborem alternativas de apoio mútuo para amenizar o sofrimento advindo da instabilidade existente¹². A sociedade tem papel importante para o provimento de condições adequadas que possam conservar o bem-estar das famílias⁸, fato que pode ser observado nesta pesquisa, já que se detectou um movimento de ajuda ao indivíduo doente e sua família.

Desse modo, ao fazer uma análise inicial do apoio salientado nos dados, este parece se referir a um cuidado direto à pessoa que teve o IAM e sua enfermidade, porém com uma visão mais aprofundada pode-se assegurar que protege a família em sua integralidade. Afirma-se isso, pois os momentos antecedentes à descoberta do infarto podem ser amenizados pelo apoio ofertado de qualquer origem e dimensão, já que são, na maioria das vezes, caracterizados por grande desordem e angústia no núcleo familiar.

Embora, nesse período inicial, exista auxílio de pessoas desconhecidas, observou-se que a própria família também é responsável por oferecer apoio imediato:

[...] *ela trabalhava de noite e todo dia eu buscava ela às 8 horas da manhã e eu amanheci assim com a dor, bem aqui do lado [...] daí começou a se acentuar muito aquela dor, aí eu liguei para ela era umas 7 horas e disse: “estou sentindo muita dor, ela está horrível, eu vou ir aí”. Peguei o carro e fui [buscar ajuda] (F5-Luiz).*

Ela passou a noite gritando [de dor], em um sábado [...] aí chamei a minha filha aqui, veio meu genro de carro. [...] Ela já estava que não podia mais, uns três dias ou quatro sem comer nada, só chazinho [...] Ela foi para o hospital e eu em casa ansioso, ansioso, eu vi que a coisa não estava boa e eles me ligando de lá, a filha toda hora (F6-José).

Mesmo que a família esteja distante fisicamente quando os sinais do IAM começam, ocorre uma procura dos doentes tanto pelo seu apoio instrumental quanto emocional. Dessa forma, nem a distância e nem a dor parecem ser obstáculos para a tentativa de concretizar o cuidado familiar, o qual parece transmitir segurança devido, provavelmente, aos vínculos já construídos anteriormente no grupo. Ainda, essa busca de auxílio na própria família nuclear pode também ocorrer por uma construção cultural existente, na qual se acredita que a família é quem deve ser responsável pelos seus membros e por isso prestar apoio sempre que necessário, evitando o envolvimento de pessoas “estranhas” nos seus problemas internos.

O dever de cuidar da família caracteriza-se como uma tradição cultural na sociedade e que tem sido transmitida intergeracionalmente¹⁷. Diante disso, a família é referência para os seus integrantes, proporcionando segurança emocional e apoio quando necessário⁸, pois os vínculos de lealdade são mantidos mesmo com grandes distâncias geográficas¹³. Esse apoio torna-se facilitado quando a estrutura das relações entre os integrantes da família é sólida¹² e capaz de proporcionar resolutividade para o problema instalado.

“A gente se revezava”: apoio social após o infarto imediato

Inicialmente, logo após o IAM pode ser visualizado o auxílio recebido da família durante o período de internação hospitalar:

Não foi fácil, eles [filhos] tinham que tá indo lá no hospital levar as coisas para ela [...]. (F1-Daiane).

Os meus dois filhos e a minha nora que eu tinha ajuda e da minha irmã que às vezes ela me dava comida, mandava um prato de comida, um pedaço de carne, um pão, ela trabalha em um restaurante (F1-Cleusa).

[...] eu ficava em casa cuidando da casa. Ir no hospital é complicado para a gente ir em horário de visita, então nós [esposo e a filha] fazíamos umas trocas e eu que posava lá com ela, mas não foi fácil, a gente não é acostumado com coisa assim [...]. (F6-José).

Antes de relatar o apoio recebido, as famílias destacaram as dificuldades enfrentadas pelo adoecimento e consequente hospitalização. Essas questões parecem ter um significado relevante no reconhecimento da ajuda que receberam nesse período, pois, ao lembrar-se do que superaram, conseguem também referenciar quem e como estava presente. Além da necessidade de apoio instrumental (material) referido por meio da presença física, observou-se, durante as entrevistas, que as dificuldades parecem ter um pano de fundo também emocional devido à instabilidade que a doença e o ambiente hospitalar impõem. Assim, o apoio emocional surge como forma de atenuar essas questões, seja pelos integrantes da família nuclear ou também da extensa.

Destaca-se que a família aparece igualmente, em outros estudos^{7,18}, como fonte relevante de apoio emocional a doentes crônicos, reforçando a identidade do grupo familiar, bem como a certeza de ajuda quando há necessidade de cuidado⁷. Em um primeiro momento são acionados os familiares mais próximos do círculo de convívio e, caso seja preciso, posteriormente, aqueles mais distantes⁸. Assim, além da família nuclear, a ampliada passa a ser fundamental para o enfrentamento da situação, existindo uma cumplicidade de favores e apoio mútuo⁹.

Os integrantes da família interagem e participam ativamente na vida de quem está doente, sendo esse apoio considerado um elemento significativo para o alívio de tensões que surgem da hospitalização⁹. Nesse período se visualiza a união da família por meio da divisão

de tarefas e cooperação¹⁹. Essa organização, de cada família durante a internação hospitalar almeja o cuidado e bem-estar de todos os integrantes do grupo, pois na medida em que existe o revezamento de cuidado entre os familiares já se está proporcionando qualidade de vida para todos.

Ainda, na passagem pelo hospital, os profissionais de saúde também foram relatados como fonte de apoio em algumas ocasiões:

Eu ficava naquela angústia lá no hospital, sem saber como ajudar ele [...] para mim era um sofrimento de ver ele. A gente sabia que não podia fazer nada, ele estava cheio de aparelhos. Aí o enfermeiro me chamou, me botou para fora [da unidade cardiológica] e disse: “vá lá para fora, se acalma, ele vai ficar bom, aí a senhora vem e ele vai tá bom!” (F1-Cleusa).

Olha, nem que eu fosse rica, eu não pagaria pra ninguém, eu preferia ir lá [hospital]. Eu sei que para entrar lá é difícil, mas a atenção das gurias, das enfermeiras, dos médicos, olha, vou te contar, é maravilhoso (F4-Carmen).

[...] eu cheguei lá no [hospital] e ele estava em um descompasso, com os enfermeiros tudo em roda. Aí perguntaram o que eu era dele e ele [o enfermeiro] disse assim: deu um infarto mesmo, ele parou, entupiu uma veia e parou um lado do coração. Nós vamos mexer nele, mas não vamos lhe garantir (F2-Vera).

Depois que deu esse problema em mim a gente teve orientação dos médicos, dos enfermeiros, tudo assim, então a gente sabe sobre alimentação e tudo (F5-Luiz).

Os profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros, foram relatados pelas famílias como fonte dos três tipos de apoio: instrumental por meio de ações assistenciais que impedem a morte no ambiente hospitalar; emocional com gestos de acolhimento e palavras de conforto; e, ainda, informativo, no qual prestaram orientações sobre o processo saúde/doença. Cabe destacar, porém, que o apoio recebido desses profissionais, mesmo que significativo, nesse período, parece não perpetuar nas demais etapas de recuperação e retomada de vida, o que deixa uma lacuna na assistência quanto às ações de promoção de saúde.

Um estudo realizado com cuidadores familiares de doentes crônicos também apresentou em seus achados os profissionais de saúde como integrantes da rede que proporciona apoio às famílias¹². Esse apoio pode ser realizado com práticas que facilitem a

interação da equipe multiprofissional com as famílias, auxiliando na redução de ansiedades quanto à enfermidade⁸. Desse modo, conversar com as famílias e estar ao seu lado por meio de uma escuta atenta colabora para seu bem-estar⁸ e conseqüentemente para o reconhecimento dos profissionais como apoio social.

Posteriormente à internação hospitalar, o enfermo e sua família retornam ao domicílio, fato que culmina no apoio, principalmente, dos filhos:

[...] Eu fui obrigada a fazer a dieta dele [doente], fazer as coisas para ele. Eu pedi para o meu filho. [...] Aí ele foi lá e fez, comprou galinha que ele tinha que tomar canja, comprou bolacha, comprou todos os pães de centeio que ele tinha que comer. Os meus filhos nos primeiros meses eles que me ajudaram, até eu me equilibrar (F1-Cleusa).

Sempre quando eu ia para o colégio, me arrumava e já ia lá porque a mãe ia dar café para ele, então eu tinha que sentar ele na cama, tinha que esperar um pouco, depois eu deitava ele (F1-Mariana).

[...] ela [filha] me ajudava no início, era ela que vinha e fazia essas coisas [limpeza da casa] para mim. Até comida essa aí fazia, todo o serviço porque a outra [filha] não estava (F6-Angelina).

Os filhos, nesta pesquisa, se caracterizaram como principais fonte de apoio social em todas as etapas do pós IAM, porém cabe destacar que no período de retorno para casa isso parece estar mais exacerbado, ou seja, detectou-se que eles são a referência para grande parte dos cuidados no ambiente familiar. Essa questão pode ser refletida por dois pontos de vista: o primeiro é que existe a necessidade de a família retomar seu equilíbrio e reorganizar suas práticas de vida, que são fatores internos do grupo e para os quais, portanto, somente os integrantes mais próximos, como os filhos, teriam acesso e plenas condições de auxiliar.

A outra questão é a idade média (58,8 anos) das pessoas que tiveram infarto, nesta pesquisa, pois estas ainda têm os filhos em casa, o que facilita o seu apoio para o sistema familiar. No entanto, mesmo quando os filhos não residiam no domicílio dos pais, o apoio foi igualmente solicitado, pois eles carregam consigo aspectos da família de origem por toda a vida, o que facilita o desenrolar da situação por meio das atitudes de cuidado desenvolvidas

por todos integrados como grupo.

Nesse sentido, se percebe o apoio social dos filhos por meio do cuidado intergeracional, o qual se caracteriza por ser aquele em que “todos na família cuidam e são cuidados”^{17:534} de acordo com as peculiaridades exigidas de cada membro, em cada circunstância. Isso se desenvolve pelas relações anteriormente construídas entre os integrantes da família e associa-se com a necessidade de conservação da unidade familiar. A ajuda é realizada das mais diversas maneiras, o que pode favorecer o reforço dos vínculos próximos ou até a retomada dos distantes¹⁷. Ainda que alguns integrantes da família estejam longe, existe uma cumplicidade no sistema nesse período, permitindo que eles estejam “presentes” por meio da comunicação constante¹⁸.

No entanto, o limite do sistema familiar deve ter um equilíbrio entre o permeável e o restrito, pois, se for muito permeável, poderá facilitar a perda da identidade e impedir que seus integrantes consigam elaborar suas próprias potencialidades para o cuidado¹³, fato que, de certo modo, justifica o fechamento das famílias nesse período.

***“Todo mundo tem que correr e trabalhar”*: apoio social após o infarto tardio**

Posteriormente ao período de recuperação, já se percebe uma abertura maior do sistema familiar para receber o apoio de outras fontes que não somente os integrantes da família:

As vizinhas são todas boas. Às vezes dou um grito e pulam todas aqui para me socorrer, esse tipo de ajuda eu tenho de sobra, eu já caí aqui e as cadelas ficaram por cima de mim, loucas, desesperadas e esse aqui [companheiro] estava lá para o fundo, não viu, daí [as vizinhas] estavam ali e vieram correndo aqui, me ergueram (F4-Carmen).

Tu sabe que ali na creche é assim [...] são muito queridas, tem a gerente da creche, tem as mães comunitárias que ajudam [...] Nunca me faltou nada. Eu trago de tudo, tanto [comida] pronta, como comida seca, verdura (F2-Vera).

Após já ter passado um período maior do IAM, se percebe que as famílias passam a receber apoio, sobretudo instrumental, de outros sistemas, como dos vizinhos e amigos. Os filhos ainda foram citados em algumas entrevistas, mas com menor frequência do que nos momentos imediatos após o retorno para o domicílio.

O suporte recebido almeja, de alguma forma, estabelecer práticas de cuidado que auxiliem nos problemas e colaborem para o bem-estar da família. Apesar disso, nem sempre o apoio é ofertado diretamente à pessoa enferma, sujeito central do cuidado na historicidade da doença, mas sim aos outros membros da família, os quais também estão dentro do sistema e vão refletir o auxílio recebido para os outros componentes. Assim, os depoimentos do estudo confirmam que, mesmo que o suporte seja efetivado para um integrante, ele terá um significado para todos.

O apoio de vizinhos e amigos normalmente é significativo para as famílias que vivenciam um adoecimento, o que confirma a ideia de que a doença pode aproximar as relações sociais¹². Dessa forma, a ajuda material ofertada por meio da solidariedade pode estar presente nos círculos intermediários ou externos de convívio, sendo componente importante para a redução do sofrimento⁸ que a doença estabelece. Um estudo realizado com gestantes adolescentes aponta que o apoio social funciona como um recurso positivo utilizado, o qual objetiva atenuar os diversos sentimentos oriundos desse momento²⁰. No surgimento de uma doença crônica também não é diferente, pois, assim como na gestação, várias alterações são percebidas, sendo o apoio social relevante para esse enfrentamento. Além disso, a satisfação de quem recebe o auxílio irá circular no restante da família.

Ainda, após algum tempo se percebe o retorno das pessoas que tiveram IAM para sua rotina normal de vida, quando o apoio de entidades de lazer fica aparente:

Fim de semana ele vai ali na bocha. [...] O único entretenimento dele é aquele, ele gosta de ir lá (F2-Vera).

Eu praticamente vivi de música a minha vida, tocando, toquei em conjuntos, bailes. Depois fiquei só com shows e é o que eu estou fazendo até hoje, toco um pouquinho. [...] Deus me livre parar! (F3-Paulo). Sim, [ele] se sente bem [...] faz isso porque gosta (F3-Regina).

O retorno, mesmo que parcial, do enfermo para suas atividades normais de vida se caracteriza como algo relevante para a família, pois aponta a melhora do adoecimento e conseqüentemente do grupo como um todo, uma vez que auxilia na redução de preocupações com o doente. Assim, as atividades de lazer e de trabalho foram destacadas pelas famílias como fontes de apoio que proporcionam sensações benéficas e oferecem qualidade de vida. Essas práticas remetem à possibilidade de retomada da vida e passagem para uma etapa com diminuição de vigilância sobre a doença. Apesar disso, em alguns casos, devido às limitações que o IAM impõe, as pessoas precisam ter suas práticas laborais reduzidas ou abolidas, podendo colaborar para o afastamento de suas fontes de apoio.

Os indivíduos ficam distantes de suas atividades de trabalho com o acometimento crônico e por isso sofrem a consequência de redução da vida social¹⁸. Estudo realizado também com pacientes pós-infarto apresenta nos achados as suas restrições com relação às atividades que exigem esforço, fato que assinala a limitação para uma vida de intensas relações. No entanto, quando é possível, práticas de recreação e socialização com os amigos foram consideradas relevantes no sentido de estarem acolhidos, o que auxilia no bem-estar¹¹.

Apesar dessas circunstâncias relatadas como apoio, algumas famílias, sobretudo as compostas por casais, referem a solidão após algum tempo do evento ocorrido:

O filho também [...] veio ajudar, [mas] é que todo mundo tem as suas atividades, mas mais mesmo somos nós dois (F3-Regina).

[...] moramos só nós dois [...] de vez em quando aparece alguém (F5-Luiz).

O apoio social, que esteve iminente durante o surgimento do IAM e recuperação, parece ocultar-se transcorrido um período após o episódio agudo da doença. A família retomou seu equilíbrio e prossegue com sua rotina de vida, porém demonstra certa fragilidade atual frente à solidão que sente pelo afastamento das pessoas. Diante do exposto, visualiza-se

que o apoio social recebido durante a agudicidade da doença tornou-se com o passar do tempo distante, e aquelas pessoas que estiveram presentes pouco mantêm contato direto com a família, permitindo inferir sobre a inter-relação do apoio social com a doença.

A enfermidade crônica pode ocasionar momentos de aproximação e distanciamento das pessoas que fornecem apoio social à família, movimento que se relaciona com a situação vivenciada¹². Os resultados desta pesquisa destacam isso, pois, com a redução do medo da morte por IAM, as famílias ficaram mais acomodadas, o que pode ter colaborado para a diminuição também do apoio recebido, principalmente emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo demonstrou o apoio social recebido pelas famílias após IAM, sendo possível dissociá-lo em períodos conforme as necessidades de cuidado em cada etapa vivida. Desse modo, anteriormente à descoberta de IAM se percebe um apoio para manter a vida, concretizado, principalmente, em ações materiais, como transporte para o hospital, realizadas tanto por indivíduos desconhecidos quanto pela própria família.

Por outro lado, no período imediato após IAM, referente à hospitalização e retorno para o domicílio, a família recebe apoio instrumental e emocional dos seus integrantes próximos ou mais afastados, mas especialmente dos filhos, configurando uma remissão do sistema familiar para alcançar o equilíbrio. Além disso, no momento referente à hospitalização os profissionais de saúde, em especial, médicos e enfermeiros, aparecem nos depoimentos oferecendo os três tipos de apoio.

No período mais tardio do episódio de IAM, detectou-se uma abertura maior do sistema familiar, sendo possível encontrar apoio social de vizinhos e amigos em atividades de lazer, pois os filhos passam a se afastar na medida em que o enfermo se recupera e a família retoma seu equilíbrio.

Verificou-se com este estudo que o apoio social é fundamental para que o cuidado seja efetivado nas famílias e, ainda, qualquer tipo de apoio, mesmo que seja ofertado a somente um indivíduo da família, irá influenciar os outros componentes do grupo, sendo, portanto, circulante, pois todos interatuam no sistema de forma integrada e conjunta, até os familiares que não estão próximos fisicamente. Além disso, o apoio social acompanha a trajetória da doença, fazendo com que as fontes de apoio à família também se alternem de acordo com as necessidades de cuidado.

Destaca-se a relevância do estudo para os enfermeiros, pois ao conhecer o apoio recebido pelas famílias torna-se possível planejar alternativas de suporte que auxiliem a

amenizar o sofrimento advindo da doença. Ainda, esta pesquisa ressalta que a família é quem está junto, cuida e presta apoio em grande parte das vezes, fato que confirma a necessidade de os profissionais de saúde atuarem ao seu lado, fornecendo suporte adequado para que o equilíbrio seja retomado após o adoecimento do coração. Por outro lado, esse dado permite um repensar sobre novas possibilidades de apoio a essas famílias, para facilitar a abertura do sistema e não sobrecarregar apenas os seus integrantes.

Com um vasto campo de atuação, questiona-se: por que a Enfermagem pouco apareceu nos relatos das famílias como fonte de apoio social? O IAM é um agravo que pode ser prevenido e, quando ocorre, proporciona em todos os locais de assistência à saúde espaços para o enfermeiro atuar e prestar apoio, seja informativo, instrumental ou emocional. Na teoria parece simples, mas na prática o que está acontecendo? Esta pesquisa não pode ser generalizada, porém que fique a reflexão e o alerta sobre essa profissão, que parece existir somente em âmbito hospitalar. Acredita-se que devem ser estimuladas práticas, na Enfermagem, que fortaleçam os vínculos com as famílias, a fim de promover o reconhecimento da profissão por meio de atividades de promoção de saúde, sobretudo no pós IAM, em que a vigilância deve ser constantemente mantida para não ocorrerem complicações.

REFERÊNCIAS

- 1 Scherer C, Stumm EMF, Loro MM, Kirchner RM. O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. Rev. eletrônica enferm. [Internet] 2011 [citado em 2013 Jan 6]; 13(2):296-305. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a16.htm>.
- 2 Austin F, Atkin K, Darr A. Family support and cardiac rehabilitation: A comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008 mar; 7(1):43-51.
- 3 Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Paidéia. 2008; 18(40): 279-88.
- 4 Lacerda A. Redes de apoio social no sistema da dádiva: Um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
- 5 Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saude Publica 1999; 15(Sup.2):7-14.
- 6 Wills TA. Supportive functions of interpersonal relationships. In: Cohen S, Syme SL, org. Social Support and Health. London: Academic Press; 1985.

- 7 Silveira CL, Budó MLD, Ressel LB, Oliveira SG, Simon BS. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Ciênc. Cuid. saúde* 2011 Jul/Set; 10(3):585-92.
- 8 Hayakawa LY, Marcon SS, Higarashi IH, Waidman MAP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Ver Bras Enferm* 2010; 63(3):440-5.
- 9 Viera CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2010 [citado em 2013 Jan 6]; 12(1):11-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>.
- 10 Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Vivência de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006; 40(2): 170-8.
- 11 Caetano JA, Soares E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2007; 11(1):30-37.
- 12 Garcia RP, Budó MLD, Oliveira SG, Wunsch S, Simon BS, Silveira CL. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online). 2012; 4(1):2820-30.
- 13 Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família.* [trad. Sílvia Spada]. 5ª ed., São Paulo: Roca; 2012. 360 p.
- 14 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, 2008; 24(1):17-27.
- 15 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
- 16 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Pesquisa em Seres Humanos, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- 17 Flores GC, Borges ZN, Budó MLD, Silva FM. A dívida do cuidado: Estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciênc. Cuid. saúde.* 2011; 10(3):533-40.
- 18 Vestena Zilmer JG, Schwartz E, Burille A, Linck CL, Lange C, Eslabão A. Vínculos de los clientes oncológicos y familiares: Una dimensión para ser observada. *Enferm. glob.* 2012; (25):37-44.
- 19 Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: Compreendendo os significados simbólicos. *Ciênc.Cuid. saúde.*2010; 9(2):269-77.
- 20 Moreira MC, Sarriera JC. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicol. estud.* 2008; 13(4):781-789.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa, realizada com a família da pessoa que teve IAM destacou dados significantes quanto ao cuidado familiar desenvolvido. Desse modo, pode-se afirmar que assim como todas as outras práticas existentes na família, o cuidado também é permeado por aspectos culturais e durante o adoecimento crônico, a família se restringe a viver para a doença e buscar soluções próprias para enfrentar cada uma das adversidades que aparecem. Segundo Budó (1994), a família é o local de onde irradia o cuidado, o qual surge no dia a dia e no conjunto de atividades cotidianas. É no núcleo familiar que são estabelecidas as decisões de saúde, caracterizando esse como o centro da prestação de cuidados.

Assim, elucidou-se a organização dos cuidados que a família teve para cada etapa da doença, bem como dos apoios recebidos para o cuidado. No período inicial, se percebem grandes preocupações da família relativas ao enfermo, bem como a conduta com sua saúde, pois existe, principalmente o medo da morte. Assim, os cuidados são realizados por meio da união da família, a qual busca reorganizar sua dinâmica para atender as necessidades do processo saúde/doença. Nesse período também se percebe um apoio social tanto de pessoas desconhecidas, como da própria família, pois o objetivo é evitar a morte, transportando o doente para o hospital no momento da dor e proporcionando suporte emocional. Assim, o cuidar pode ser uma experiência compartilhada, em que os vínculos são fortalecidos, dependendo das especificidades culturais do grupo social em que ele ocorre (FLORES *et al.*, 2010).

No período de hospitalização e retorno para o domicílio, a família se fecha para pessoas externas e atua como se tivesse se protegendo por meio de uma camada que visa incluir todos seus integrantes, pois assim torna-se mais fácil encontrar por si mesma, práticas que possam auxiliar a todos no enfrentamento da situação. Portanto, considera-se a família uma unidade dinâmica com identidade própria e que desenvolve forças e recursos necessários para promover o crescimento dos seus integrantes e do grupo em si (ELSEN *et al.*, 2011).

Apesar das práticas de cuidado e proteção que os integrantes da família assumem, podem ser também encontradas práticas autoritárias e impositivas com os enfermos, o que pode ser justificado pelo trauma causado pelo medo da morte inesperada. Assim, proteger e impor parecem ser verbos que as famílias conjugam juntos, dentro de uma só direção e um só objetivo que é o bem-estar geral. Essas atitudes, por vezes, podem afastar, de certa forma, o enfermo de sua família, pois apesar de estar passando pelo processo de recuperação de uma enfermidade séria, ele também deseja retomar rapidamente sua rotina de vida, o que pode ser

dificultado pela vigilância contínua da família sobre sua vida. Portanto, esse estudo demonstrou que é impossível estar dentro do sistema familiar e não sofrer influência dos outros integrantes, pois tudo parece acontecer involuntariamente, em um movimento de ação-reação e que nem a distância é capaz de impedir que aconteça.

Os familiares convivem com a doença e enfrentam os mais diversos tipos de problemas, aos quais direta, ou indiretamente, interferem na forma de cuidar da saúde da família em sua totalidade (MARCON *et al.*, 2004). A medida que o tempo passa, a família começa a perceber que as implicações do evento na vida do familiar, vão de algum modo, repercutir na vida dos outros componentes da família e então apresentam preocupação devido as consequências futuras (GIRARDON-PERLINI; PILATTO, 2008).

Por fim, em um período mais tardio da doença, quando a situação tende a equilibrar novamente, se consegue visualizar uma abertura maior do sistema familiar para a entrada de outras pessoas, como vizinhos e amigos. Esses proporcionam os mais variados tipos de apoio que auxiliam a família para retornar à realidade após a doença.

Desse modo, a Enfermagem precisa estar atenta à família e conhecer as peculiaridades que envolvem o cuidado familiar após IAM, pois como visualizado ele acompanha a trajetória da doença, fato que pode contribuir para o desenvolvimento de ações mais exatas e adequadas para cada etapa pela qual a família passa. Assim, se estarão fortificando os laços entre família e profissionais de saúde, fato que colabora para a real compreensão do que ocorre no seu interior.

A participação da enfermagem, na vivência dos pacientes que tiveram IAM, é relevante para o estabelecimento de um plano de cuidados coerente com o contexto de cada um, pois a interação permite o conhecimento das estratégias de enfrentamento, o que auxilia na minimização de conflitos e imposições culturais (SANTOS; ARAÚJO, 2003). Ainda, acredita-se que se houvesse um acompanhamento mais prolongado com os pacientes e família que tiveram acometimentos cardiovasculares, seriam obtidos melhores resultados, auxiliando na promoção de qualidade de vida e bem-estar (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluir uma pesquisa é sempre uma tarefa complicada, não somente pela dificuldade de expressar em palavras o que foi vivido, mas, principalmente pela responsabilidade de sintetizar os achados em poucos parágrafos. Além disso, um estudo com famílias exige uma reflexão para além dos sujeitos individuais, ou seja, é necessário lembrar o movimento de todos os integrantes da família dentro do sistema e desta como um todo, para relatar com fidedignidade o que foi encontrado.

Ao trabalhar com o sujeito família foi possível perceber detalhes e peculiaridades do grupo que, dificilmente, seriam detectados pela fala de somente um integrante ou de outra pessoa que observa longinquamente os acontecimentos. A família tem a capacidade de envolver quem se aproxima dela, fazendo com que seja possível submergir em seu contexto e captar os olhares, gestos e situações que acontecem entre os seus integrantes. Destaca-se ainda que, quando as pessoas estão no seu ambiente familiar, atuam de maneira que as interações são responsáveis por fortalecer o desenvolvimento de ações específicas para cada momento, definindo assim papéis e funções dos integrantes.

O cuidado familiar após o IAM também faz parte desse mundo de interações e significados das famílias, sendo que as práticas individuais de cada membro interatuam com as dos outros, em um movimento, por vezes, sincronizado para que os problemas advindos da doença sejam solucionados. Os dados da pesquisa demonstraram que o cuidado familiar, embora tenha influência dos aspectos culturais da família, passa a ser dominado pelo adoecimento do coração, o que determina práticas temporárias de cuidado voltadas principalmente para a enfermidade.

Salienta-se que, para o alcance da compreensão do cuidado familiar após o IAM, foi necessário, primeiramente, conhecer as vivências (FIGURA 13) das famílias entrevistadas, uma vez que se percebeu que elas estavam inter-relacionadas com a maneira de cuidar. Com isso, agruparam-se em diferentes categorias as vivências imediatas pós IAM da família e as atuais, pois essas etapas demonstraram-se diferentes para o viver em família.

As vivências imediatas após o IAM representam, na família, preocupações, angústias e sentimentos pelo medo da morte e também pela necessidade de adequação às demandas. Nesse sentido, a família passa a ter uma nova dinâmica que objetiva favorecer a circulação do cuidado dentro do sistema. Essa dinâmica inclui, sobretudo, a união dos membros da família, permitindo que assim consigam manter certo equilíbrio frente ao momento de sofrimento. Por outro lado,

embora as famílias também tenham apontado alterações na sua rotina de vida atual, provenientes do processo de adoecimento, pode-se afirmar que algumas foram positivas e outras negativas, fato que, de certa forma, dificulta que o cuidado seja realizado continuamente.

Ainda, este estudo proporcionou a identificação de um cuidado familiar de proteção e outro impositivo (FIGURA 14). O cuidado de proteção almeja o bem-estar do enfermo, a fim de evitar novo acometimento cardiovascular por meio de atividades de cuidado com alimentação, esforço físico, medicação, entre outras. Já o cuidado de imposição caracteriza-se por ser realizado através de práticas autoritárias que infantilizam o doente perante a família, pouco respeitando a sua vontade. Apesar desses cuidados parecerem opostos, atuam de maneira conjunta, e muitas vezes o cuidado que impõe é o mesmo que protege. Assim, no interior do ambiente familiar torna-se difícil separá-los e nem mesmo os integrantes das famílias conseguem dissociar essas práticas, relatando-as de maneira semelhante e com a mesma intensidade.

Cabe destacar a necessidade de apoio social para a realização do cuidado familiar. Esse apoio é bastante relevante e acompanha a trajetória da enfermidade, sendo que os tipos de apoio circulam nas etapas da doença e também entre os integrantes da família (FIGURA 15). Diante disso, durante o período anterior à descoberta do IAM, as principais fontes de apoio são pessoas desconhecidas e também a família, referindo-se, sobretudo, a ações concretas e materiais que busquem encontrar resolução para o problema que acabou de se instalar. Em período de internação hospitalar e retorno imediato para o domicílio, as principais pessoas que ofertam apoio são os filhos, porém existem também alguns relatos sobre os profissionais de saúde. Já no período tardio, foi possível detectar outras fontes de apoio, como vizinhos, amigos e atividades de lazer.

Para a efetivação do cuidado, a família precisa de outras pessoas, porém visualizou-se que nem sempre ela estava aberta para o apoio de pessoas externas, fato que destaca a família como principal suporte para seus indivíduos, mas também com uma sobrecarga de cuidado relevante, independente da etapa e das necessidades que vivenciavam.

A utilização do ecomapa e genograma com as famílias constituiu-se de uma experiência ímpar para a pesquisadora, pois se percebeu o envolvimento das famílias e a curiosidade por ver o “desenho” que estava se formando. Após a conclusão, muitas famílias conseguiram, por si só, enxergar suas fragilidades e potencialidades, o que anteriormente era somente falado pelos profissionais de saúde.

Com isso, salienta-se a necessidade da utilização dessas ferramentas nos serviços de saúde como forma de inserir a família e estimular seu conhecimento acerca dos fatores que

permeiam sua rotina de vida. A elaboração dos diagramas possibilita também uma interação entre enfermeiro/família, facilitando não somente o aprofundamento de questões relacionadas à estrutura familiar, mas também à sua dinâmica de funcionamento. Essa construção compartilhada pode ser efetiva quanto ao auxílio das famílias para a compreensão de suas necessidades e práticas de saúde.

Ainda, os dados revelados pelos genogramas deste estudo apontam questões significativas relativas à hereditariedade para doenças cardiovasculares nas famílias. Todas as pessoas índice deste estudo e que, portanto, tiveram o IAM, possuíam algum de seus pais com óbito por IAM também. Além disso, visualizou-se o acúmulo de fatores de risco em vários membros da família, o que pode concretizar a atenção fragilizada quanto às questões relativas aos hábitos de vida. A hereditariedade não pode ser modificada, mas as práticas de vida que auxiliam a família na redução dos fatores de risco intensificadores dos problemas cardiovasculares podem ser trabalhadas cotidianamente nos serviços de saúde.

Assim, a unanimidade desses problemas em todas as famílias torna-se uma questão alarmante para que os setores de saúde redimensionem suas práticas e repensem a maneira como estão lidando com essa doença crônica. Para os enfermeiros, que mantêm certa proximidade com as famílias fica o alerta para a necessidade de um trabalho assistencial de promoção da saúde, voltado para âmbito familiar que congregue todos os aspectos que permeiam a vida do grupo e que podem influenciar nas práticas de vida.

Observa-se que a temática da família já está presente nas pesquisas e nas políticas públicas há algum tempo, porém este estudo revela uma lacuna nos serviços de saúde quanto a esse aspecto, pois, além do individualismo, as práticas de saúde são voltadas diretamente para a doença e para a sua cura. Acredita-se que uma atitude que poderia auxiliar no redirecionamento do pensamento dos profissionais de saúde para uma atuação coletiva (familiar) seria a inserção da família nas disciplinas desde a graduação. É preciso investir em uma formação de qualidade que preconize o pensar em família como um conjunto sistêmico de pessoas que estão conectadas e, que, por isso, precisam de uma assistência voltada para o grupo.

Desse modo, não basta apenas encontrar resultados relevantes e publicá-los. É preciso mais do que isso e os estudos com famílias devem servir para movimentar os serviços de saúde, as instituições de ensino, os profissionais e também as próprias famílias. A solução para os problemas de saúde da sociedade deve ser resultado de uma união inter-setorial, sendo necessário refletir sobre práticas de inclusão das famílias, as quais devem participar ativamente do que lhes é oferecido. Do contrário o sistema não muda e continuarão existindo famílias doentes ou com potencial para a doença, isoladas e desassistidas pelos serviços de saúde.

A Enfermagem pode atuar nessa parceria com as famílias, pois está diretamente imbricada com o seu cotidiano e com suas peculiaridades, estimulando forças internas na família que possam ser capazes de aliviar o sofrimento frente o adoecimento por uma doença como o infarto. Além disso, por meio dessa relação próxima com as famílias, os enfermeiros passam a conhecer o seu funcionamento e dinâmica, fato que colabora para o auxílio na descoberta de alternativas de ação resolutivas para às situações problema advindas do próprio grupo familiar.

Por fim, os resultados dessa pesquisa não podem ser considerados soberanos, mas oferecem sustentação para a área da pesquisa, destacando subjetividades das famílias pós IAM pouco encontradas em outros estudos.

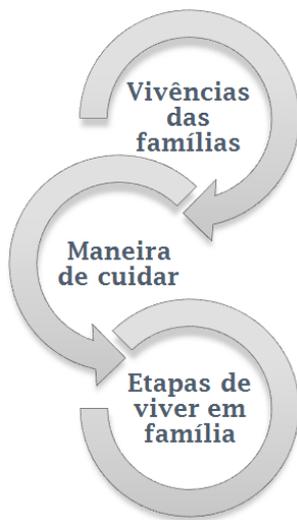


FIGURA 13: Vivências da família

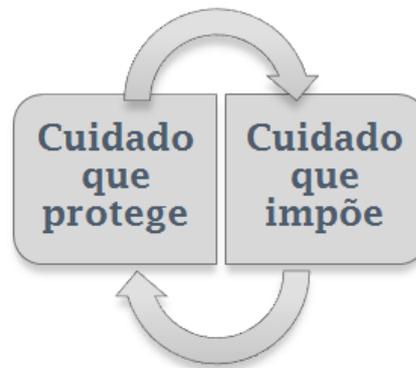


FIGURA 14: Cuidado da família

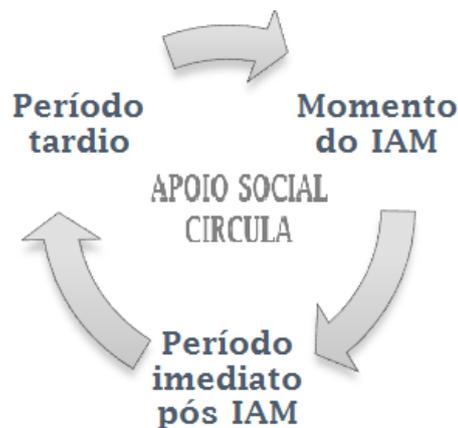


FIGURA 15: Apoio da família

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. *et al.* Redes Sociais: Contribuição para um viver saudável de pessoas com doença cardiovascular crônica. **RETEP- Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v.2, n. 4, p. 241-246, set. 2010.

BERTOLDO, C.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. A trajetória de uma família no adoecimento e morte de um familiar por câncer: compromisso e solidariedade. **Rev. Contexto Saúde**, Ijuí, v.6, n.12, p. 49-58, jan./jun. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 – Pesquisa em Seres Humanos**, Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2005. 79p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. 1ª ed. Brasília, 2009. 416 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2011. 148p.

BUDÓ, M.L.D. **Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. 1994. 222 p. Dissertação (Pós-Graduação em Extensão Rural)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 30-37, mar. 2007.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 19-28.

ELSEN, I. *et al.* Reflexões sobre a ação ética no desenvolvimento de uma metodologia interdisciplinar de visita às famílias. In: ELSSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. (Org.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011, p. 35-44.

FLORES, G.C. *et al.* Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 467-474, set. 2010.

GALTER, C.; RODRIGUES, G.C.; GALVÃO, E.C.F. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 255-258, 2010.

GARCIA, R.P. **Saberes e práticas de cuidadores familiares de pacientes portadores de doenças crônicas**. 2010. 50 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

GARCIA, R.P.; BUDÓ, M.L.D.; OLIVEIRA, S.G.; WÜNSCH, S.; SIMON, B.S.; SILVEIRA, C.L. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**. 2012; 4(1):2820-30.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008. 216 p.

GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; PILATTO, M.T.S. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 10, n. 3, p. 721-732, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a18.htm>> Acesso em: 20 out. 2011.

GOUVEIA, V.A.; GUIMARÃES, V.S.G.L; LIMA, S.G. Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2011 Set-Out; v.19, n.5, p.08 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_04.pdf

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 1497-1508, jun. 2010.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Histórico**. Santa Maria, 2011. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>> Acesso em: 20 out. 2011.

LAURENT, R.; BUCHALLA, C.M.; CARATIN, C.V.S. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. **Arq. bras. cardiol.**, v. 74, n. 6, p. 483-487, 2000.

LEFANT, C.; SAVAGE, P. J. The early natural history of atherosclerosis and hypertension in the young: National Institutes of Health Perspectives. **Am. j. med.**, USA, v. 310, s. 3-s.7, dez.1995.

MANSUR, A.P. *et al.* Tendência do risco de morte por doenças circulatórias, Cerebrovasculares e Isquêmicas do Coração em 11 Capitais do Brasil de 1980 a 1998. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.3, p.269-276, 2002.

MANSUR, A.P. *et al.* Transição epidemiológica da mortalidade por doenças circulatórias no Brasil. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.93, n.5, p.506-510, nov.2009.

MARCON, S. S. *et al.* Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: Eduem, 2004, p. 19-28.

MINAYO, M. C. S. (org.). **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preventing Chronic Diseases a vital investments**. Gêneva-Suíça, 2005. 202 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf. Acesso em: 24 fev 2010.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação- relatório mundial**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas_-_opas.pdf> Acesso em: 13 ago. 2010.

_____. Organización Mundial de la Salud. **Prevencion de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular**. Ginebra, 2008.

PIEGAS, L.S. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arq. bras. cardiol.**, v.6, s. 2, p. 179-264, 2009.

SANTOS, F.L.M.M.; ARAÚJO, T.L. Vivendo infarto: Os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Rev. latinoam. enferm.**, v.11, n.6, p. 742-748, nov./dez. 2003. Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlaenf>. Acesso em: 19 out. 2011.

SCHIMIDT, M.I. *et al.* Chronic non- communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, p.1949-1961, jun. 2011.

SCHERER, C.; STUMM, E.M.F.; LORO, M.M.; KIRCHNER, R.M. O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. eletrônica enferm.** v.13, n.2, p.296-305, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a16.htm>.

SCHNEIDER, D.G. *et al.* Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 81-89, jan./mar. 2008.

SCHOEN, J.; MITCHELL, R.N. O coração. In: KUMAR, V. *et al.* **Robbins. Patologia Estrutural e Funcional**. [tradução de Adriana Pitella Sudré *et al.*]; 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SISNEP. Sistema Nacional de Informações sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **Por que o SISNEP foi criado?**. 2011. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/>> Acesso em: 20 out. 2011.

SOUSA, M.Z.; OLIVEIRA, V.L.M. Vivenciando o infarto: Experiência e expectativas dos pacientes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.72-79, abril, 2005.

SPOSITO, A.C. (coord.). *et al.* IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. cardiol.**, v. 88, s.1, abril, 2007

TORRES, M.A. Estratificação de risco pós-infarto agudo no miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, n.13, jan./fev./mar./abr. 2008.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

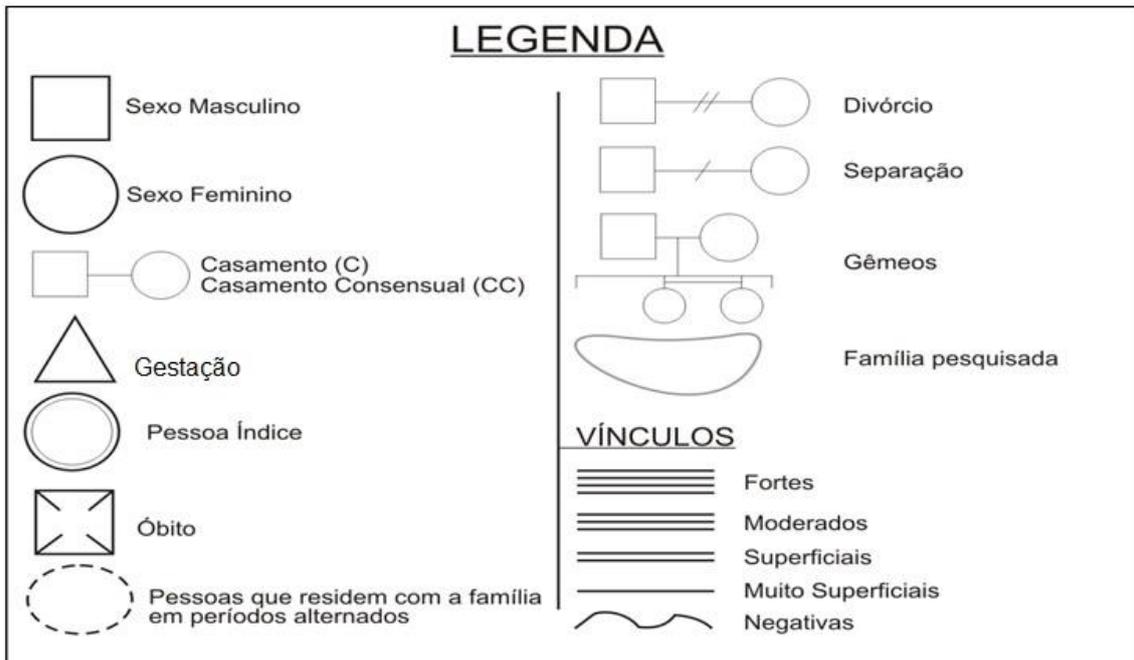
VISENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta. paul. enferm.**, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

WHO. World Health Organization. **The Atlas of Heart Disease and Stroke**. Geneva, 2004.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. [trad. Sílvia Spada]. 4ª ed., São Paulo: Roca, 2012. 294 p.

ANEXOS

Anexo A – Legenda Ecomapa e Genograma



(WRIGHT; LEAHEY, 2012)

-Marido a esquerda e esposa à direita;

-Filhos: ordem começa pelo mais velho à esquerda;

-Óbito, divórcio e separações conjugais: informar a data;

Anexo B - Autorização do Hospital Universitário de Santa Maria



Universidade Federal de Santa Maria
1960



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



HUSM
Hospital Universitário de Santa Maria

PROTÓCOLO DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETO: PESQUISA.

Nº Inscrição DEPE: 12412011 Data: 11/11/11

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE NARDIM BUDA Função: PROFESSOR

CPF: 188013900168 SIAPE: 6300966 Telefone: 3220-9363

Unidade/Curso: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E-mail:

Título: CUIDADO FAMILIAR APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

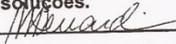
FINALIDADE ACADÊMICA

TCC () Especialização () Dissertação (X) Tese () Institucional () Outro ()

TIPO DE PESQUISA

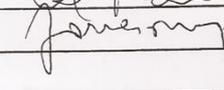
Inovações Tecnológicas em Saúde () Operacional () Clínica () Básica () Políticas Públicas de Saúde ()

Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.


 Pesquisador Responsável pelo Projeto
6300966 (Carimbo ou SIAPE)

Avaliação e Aprovação Setorial

Atenção Chefia: favor ler e avaliar as condições de realização de Projeto nesse Setor

SETORES ENVOLVIDOS	PARECER (Favorável)	ASSINATURA E CARIMBO DOS RESPONSÁVEIS
<u>AMBULATÓRIO ARAI - CARDIOLOGIA</u>		 Soraya Fazzolari Enfermeira OBCN 189032
<u>SALETE DE JESUS SOUZA RIZZATI</u>	() Sim () Não	 J. J. dos Oliviera de Moraes CARDIOLOGIA CRM-RS 18855
<u>JONES OLIVEIRA DE MORAES</u>	() Sim () Não	
_____	() Sim () Não	
_____	() Sim () Não	
_____	() Sim () Não	

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto.

O registro na DEPE não contempla alocação de recursos e exames, via HUSM. Caso haja custos Para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.

Parecer - DEPE no CEP

Data: 29/11/11

Profª Beatriz Silvana S. Porto
 DIRETORA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
 CRM 18.268 - HUSM/UFOM

Apêndice C: Autorização do Comitê de Ética

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio.

Número do processo: 23081.017119/2011-25

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0372.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Maria de Lourdes Denardin Budó

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 13/12/2011

Santa Maria, 15 de Dezembro de 2011.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES

Apêndice A – Dados para construção do Genograma e Ecomapa

- 1) Local da Entrevista
 - 2) Paciente que teve o IAM
 - 3) Quantos integrantes participaram
 - 4) Entrevistados
 - 5) Quem mora com o paciente
 - 6) Grau de parentesco
 - 7) Idade
 - 8) Profissão
 - 9) Histórico de patologias na família
 - 10) Realização de intervenções cardiológicas nos integrantes da família
 - 11) Rede de apoio (escola, igreja, posto de saúde, dentre outros que poderão ser citados pela família);
- Data: ___/___/2012.

Apêndice B – Roteiro de Entrevista e Observação

Eixos da Entrevista com a Família

- 1) Contem-me como foi o adoecimento do coração do “Sr(a) x”?
- 2) Como foi isso para a família?
- 3) Quem vocês acham que sofreu mais com o infarto do “Sr(a) x”? Por quê?
- 4) O que vocês acreditam que pode ter causado o infarto (ataque cardíaco)?
- 5) Como era a vida de vocês antes de ocorrer o infarto (ataque cardíaco)?
- 6) Como cuidavam da saúde de vocês?
- 7) Quais cuidados vocês tiveram logo depois que o “Sr (a) x” retornou para casa?
- 8) Como a família se organizou logo depois que o “Sr (a) x” retornou para casa?
- 9) Como têm sido a vida de vocês agora?
- 10) O que modificou com o tempo?
- 11) Já tinham essas práticas?
- 12) O que vocês fazem quando ocorre alguma alteração de saúde com o “Sr (a) x”?
- 13) Ocorreu alguma outra situação parecida na família depois que o “Sr (a) x” infartou? O que vocês fizeram?
- 14) Quem auxilia vocês quando há algum problema na família? Que tipo de auxílio vocês pedem?

Observação Domicílio e AC

- 1) Fatos que ocorrem durante a presença da pesquisadora no domicílio e AC serão observados de maneira espontânea, sem interferências ou questionamentos;
- 2) Ambiente domiciliar (local de realização da pesquisa, condições de higiene, habitação, adaptações na residência após o IAM);
- 3) Interações familiares;
- 4) Comportamentos e cuidados dos integrantes da família uns com os outros;
- 5) Comportamentos individuais, emoções (tristeza, alegria, irritação, entre outras expressões);
- 6) Aspecto expressivo do funcionamento familiar (comunicação emocional, verbal, não-verbal entre os integrantes da família, papéis dentro do sistema familiar, influência e poder de uns integrantes sobre os outros).

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁰**

Título do estudo: Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio

Pesquisador Responsável: Enf^aProf^aDr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Mestranda Responsável: Enf^aMda Raquel Pötter Garcia

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado.

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (53) 9953-0700 **E-mail:** raquelpotter_@hotmail.com

Local da coleta de dados: Domicílio da família do paciente pós-infarto acessado pelo Ambulatório de Cardiologia do HUSM.

Você está sendo *convidado (a)* para participar, como *voluntário*, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida. Após ser esclarecido(a) sobre as informações, no caso de aceitar fazer parte do estudo, *assine* ao final deste documento, que está em *duas vias*. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você *não será penalizado(a)* de forma alguma.

→Esta pesquisa tem *finalidade científica* e tem por *objetivo* compreender como se desenvolve o cuidado familiar após Infarto do Miocárdio (ataque do coração) em um dos integrantes de sua família. Você será entrevistado sobre o cuidado desenvolvido depois que ocorreu essa situação na sua família.

→Se você desejar, a entrevista será gravada, mas sua identidade *não* será revelada em nenhum momento da investigação, sendo assegurados sua *privacidade e sigilo*. A gravação será transcrita e guardada por cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora responsável. Os dados irão compor um banco de dados e poderão ser utilizados em outros estudos. Após esse período o material será destruído. Se você *não aceitar a gravação*, a entrevista poderá ocorrer da mesma forma e suas informações serão registradas por escrito.

→A participação no estudo *não trará benefícios diretos* a você e sua família, mas poderá, indiretamente, beneficiá-los, uma vez que os resultados poderão contribuir para qualificar a assistência do AC do HUSM.

→Você *não terá ônus* nenhum ao participar da pesquisa, ficando as despesas por responsabilidade do pesquisador responsável.

→A pesquisa *não apresentará riscos* maiores que uma conversa informal sobre o tema, porém reconhece-se que você poderá se sentir desconfortável ou emocionado ao falar sobre a situação que vocês têm vivido, ou então cansado ou constrangido pela presença do pesquisador no seu domicílio. Se isso ocorrer, você tem a liberdade de *interromper* qualquer etapa da pesquisa, sem sofrer penalização alguma ou então se sentir-se muito abalado emocionalmente, poderá ser encaminhado para atendimento com a equipe do Ambulatório Ala I do HUSM.

→Você tem o direito de receber respostas para todas *dúvidas* sobre a pesquisa, em qualquer momento, inclusive por meio de *ligação a cobrar* para o telefone celular que a pesquisadora disponibilizou;

→Os pesquisadores se comprometem a seguir as diretrizes da *Resolução 196/96*, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos.

→Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, Eu _____, abaixo assinado, *concordo em participar desta pesquisa* como sujeito.

Assinatura do participante

Assinatura da Mestranda Responsável

Enf^aMda Raquel Pötter Garcia

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Prof^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Santa Maria, ____ de _____ de 2012.

¹⁰Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Apêndice D – Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio

Pesquisador Responsável: Enf^aProf^aDr^a Maria de Lourdes Denardin Budó

Mestranda Responsável: Enf^aMda Raquel Pötter Garcia

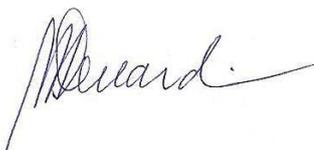
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado

Telefone para contato: (53)9953-0700

Local da coleta de dados: Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário de Santa Maria e domicílio da família.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem em preservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados por entrevista gravada no domicílio das famílias de pacientes pós Infarto Agudo do Miocárdio, acessados pelo Ambulatório de Cardiologia do HUSM. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para compor um banco de dados e que poderão futuramente ser utilizadas em outros estudos. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala número 1305A, 3º andar do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências de Saúde da UFSM, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof^a Pesquisador (a) Responsável. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/12/2011, com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0372.0.243.000-11.

Santa Maria, RS, janeiro de 2013.



Enf^aProf^aDr^a Maria de Lourdes Denardin Budó
Coordenadora do Projeto