

“A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO – IMPACTO NO MASCULINO”

Maria de Fátima Sousa Lopes

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2011

Maria de Fátima Sousa Lopes

“A PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO - IMPACTO
NO MASCULINO”

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Bárbara Gomes

Categoria – Professor coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

AGRADECIMENTOS

Neste trabalho não poderia deixar de agradecer a um grupo de pessoas que se disponibilizaram, apoiaram e tornaram possível a sua realização.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Sr.^a Professora Doutora Bárbara Gomes pela disponibilidade, colaboração e apoio demonstrados.

Um especial agradecimento à Sr.^a Professora Doutora Vitória Parreira pela forma sábia como me ajudou a conduzir até este tema.

Ao Eduardo, um obrigado muito especial pela sua dedicação e compreensão, não só pelas minhas ausências mas também pelas suas críticas construtivas, pelo estímulo e ajuda.

À minha família pela compreensão, motivação e amabilidade proporcionados em todo este percurso.

Um agradecimento aos colegas do Mestrado, pela amizade e momentos de partilha.

Um agradecimento também, aos colegas do departamento de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, cujos nomes não preciso de mencionar, porque sei que sempre poderei contar com o seu apoio e companheirismo.

E por fim, aos doentes que permitiram a realização deste estudo através da partilha das suas experiências de vida.

A todos, bem hajam!

RESUMO

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) mata cerca de doze milhões de pessoas por ano e desta forma, tem-se tornado num grave problema de saúde, afectando uma larga percentagem de população cada vez mais jovem, sendo responsável pela diminuição da qualidade de vida dos doentes, limitando-os em diversos aspectos da sua vida e apresentando várias repercussões a nível físico, psicológico, familiar, social e profissional.

Este estudo visa contribuir para um melhor conhecimento do impacto que um EAM tem na vida de um doente do género masculino. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa.

Participaram neste estudo oito pessoas que sofreram um EAM. Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada tendo sido realizada análise de conteúdo das entrevistas.

Este trabalho permitiu identificar como unidades temáticas: domínio físico, estilos de vida, domínio psicológico, relações familiares e sociais, ocupação de tempos livres, recursos, religião e crenças.

Os resultados deste estudo demonstram que:

- O doente com EAM percepção manifestações físicas como o desconforto e a dor;
- Foram identificadas alterações a nível do sono e da sexualidade;
- Em relação aos estilos de vida verificou-se uma mudança drástica no que diz respeito à alimentação, hábitos tabágicos e na adopção de comportamentos saudáveis, sendo que houve uma adesão total ao regime terapêutico por parte dos sujeitos;
- Foram identificados o surgimento de vários medos por parte destes doentes;
- Surgiram mudanças nas relações familiares, que se traduzem por situações de super-protecção e em alguns casos, conflitos e mudanças de papéis;
- As relações com os profissionais de saúde nomeadamente com os enfermeiros foram apontadas como importantes em todo o processo de doença, sendo que os ensinamentos realizados revelaram-se também de grande importância para os indivíduos;
- Em relação à actividade física, os indivíduos relatam uma mudança, no sentido de realizar regularmente uma actividade física, apesar das restrições físicas;
- O apoio familiar aparece como um factor importante quer na fase de internamento hospitalar, quer no regresso a casa;
- Os doentes descrevem várias vivências negativas aquando do internamento na unidade coronária e após o evento do EAM;

- Globalmente são apontadas mudanças nas perspectivas futuras e uma redefinição de prioridades após um episódio de EAM.

Achamos que este trabalho poderá trazer contributos para os enfermeiros nomeadamente para os que lidam com doentes com EAM no sentido de lhes proporcionar melhor conhecimento das necessidades destes doentes, contribuindo assim para o desenvolvimento de intervenções mais adequadas e profícuas num momento tão difícil para o doente.

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) kills about twelve million people per year and thus has become a serious health problem, affecting a large percentage of the population each time younger, being responsible for a decreased quality of life of patients, limiting them on several aspects of their life and having many repercussions on the physical, psychological, family, social and professional level.

This study aims to contribute to a better understanding of the impact of (AMI) in the life of a male patient. It is a descriptive and exploratory study of qualitative nature.

Eight people who have suffered an AMI participated in this study. As a tool for collecting data it was used a semi-structured interview, being performed a content analysis of interviews.

This work identified as thematic units: physical domain, lifestyle, psychological domain, family and social relationships, leisure, resources, religion and beliefs.

The results of this study show that:

- The AMI patient perceives physical manifestations such as discomfort and pain;
- Were identified changes in sleep and sexuality;
- In relation to the lifestyle there was a drastic change with regard to food, smoking habits and adopting healthy behaviors, and there was a total adherence to therapy by individuals;
- We identified the emergence of several fears by these patients;
- There were changes in family relationships, which are reflected in situations of over-protection and in some cases, conflicts and role changes;
- Relationships with health professionals in particular with nurses were identified as important throughout the disease process, being that the teachings carried out revealed of great importance for individuals;
- In relation to physical activity, individuals report a change, beginning to make regular physical activity despite the physical restrictions;
- Family support appears to be an important factor both in the hospital phase, and back home;
- Patients describe various negative experiences during the stay in the coronary care unit and after the event of AMI;
- Overall changes are aimed at changes in future prospects and a redefinition of priorities after an episode of AMI.

We think this work can bring contributions for nurses, in particular to those dealing with patients with AMI, in order to provide them with better knowledge of the needs of

these patients and so they may develop the most appropriate interventions and in such a difficult time for the patient.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DAC – Doença Arterial Coronária

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Electrocardiograma

HDL – High Density Lipoproteins

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

LDL – Low Density Lipoproteins

Nº – Número

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OXHA – The Oxford Health Alliance

P. – Página

WHO – World Health Organization

VE – Ventrículo Esquerdo

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – PERCURSO CONCEPTUAL	16
1 - Doença Crónica	17
1.1 - Doença Coronária	19
1.2 - Patofisiologia do EAM	20
1.3 - O Papel do Enfermeiro Face ao Tratamento	22
2 - Factores de Risco Associados ao EAM	26
3 - A Pessoa e o Processo de Adaptação depois de um EAM	33
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	39
1 - Opções Metodológicas	40
1.1 - Objectivos	41
1.2 - Tipo de estudo	41
1.3 - Os participantes do estudo	42
1.3.1 - Caracterização sócio - demográfica dos participantes do estudo	44
1.4 - Instrumento de recolha de dados	47
1.5 - Considerações éticas	48
1.6 - Tratamento e discussão de dados	48
CAPÍTULO III – TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS	51
1 - Domínio Físico	53
2 - Estilos de Vida	57
3 - Domínio Psicológico	60
4 - Relações Familiares e Sociais	64
5 - Ocupação dos Tempos Livres	67
6 - Recursos	69
7 - Religião e Crenças	71
CONCLUSÕES	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

ANEXOS	83
ANEXO I – Consentimento Informado	84
ANEXO II – Pedido de Autorização	87
ANEXO III – Guião da Entrevista	89
ANEXO IV – Transcrição de uma Entrevista	93

Índice de Diagramas

	p.
Diagrama nº 1 - Domínio Físico	53
Diagrama nº 2 - Estilos de Vida	57
Diagrama nº 3 - Domínio Psicológico	60
Diagrama nº 4 - Relações Familiares e Sociais	64
Diagrama nº 5 - Ocupação de Tempos Livres	67
Diagrama nº 6 - Recursos	69
Diagrama nº 7- Religião e Crenças	71

Índice de Quadros

	p.
Quadro 1 - Características e estilos de vida associados com risco aumentado de futuros eventos coronários	32
Quadro 2 - Processo de Enfermagem aos doentes com EAM: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Callista Roy	37

Índice de Gráficos

	p.
Gráfico 1 – Idade dos entrevistados (anos)	44
Gráfico 2 – Escolaridade dos entrevistados	44
Gráfico 3 – Profissão dos indivíduos	45
Gráfico 4 – Número de EAM 's	45
Gráfico 5 – Número de ICP 's	46
Gráfico 6 – Factores de risco e Doenças associadas	46

INTRODUÇÃO

Actualmente, enfrentamos um aumento significativo dos níveis de morte e incapacidades em resultado da doença crónica. A doença cardiovascular, como doença crónica, apresenta-se como a principal causa de morte em Portugal, tratando-se de um problema de saúde pública. “ *As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países industrializados, apesar do progresso científico ao nível do diagnóstico e da terapêutica, sendo a causa isolada mais comum de óbito nos países desenvolvidos.*” André (2005, p.26).

Segundo Hatchett e Thompson (2002), no Reino Unido a doença cardiovascular é o maior assassino, contabilizando-se aproximadamente uma em quatro mortes nos homens e uma em cinco nas mulheres. Estima-se que tenham morrido 17,1 milhões de pessoas devido a doença cardiovascular em 2004, representando 29 % do total de mortes na globalidade. Destas mortes, 7,2 milhões foram devidas a doença coronária (WHO b, 2009).

A idade e o sexo masculino apresentam-se como sendo os factores de risco mais fortes para doença coronária. A doença coronária aumenta de forma acelerada após a quinta década entre os homens e após a sexta década entre as mulheres. Como refere Giannini, Forti e Diamant (2000, p.31) “*Os homens apresentam maior risco de doença arterial coronária que as mulheres em qualquer faixa de idade, embora as causas desta doença não estejam bem compreendidas*”.

A doença coronária é o termo utilizado para descrever os efeitos da redução ou obstrução completa do fluxo de sangue (e transporte de oxigénio) através das artérias coronárias como resultado de estreitamento (arteriosclerose) e/ou coágulo de sangue (trombo). As principais manifestações clínicas da doença coronária são a angina e o EAM. Este último caracteriza-se pela necrose ou morte do miocárdio devido a diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo coronário numa determinada área cardíaca. Esta diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo coronário provoca isquemia do miocárdio e quando é grave e muito prolongada pode provocar danos importantes, surgindo assim o EAM. Existem diversos factores de risco que podem potencializar o risco cardiovascular, muitos deles ligados ao estilo e ao modo de vida actual. Estes são: o tabagismo, o sedentarismo, a diabetes, a obesidade, maus hábitos alimentares, hipercolesterolemia, hipertensão arterial e stress excessivo. DGS (2009).

O nosso estudo, intitulado “A pessoa com EAM, impacto no masculino”, surge no âmbito do XVI Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto.

O tema escolhido apresenta um cariz pessoal, já que ao trabalharmos numa unidade de cuidados intensivos coronários, sempre sentimos necessidade de perceber e compreender o impacto que essa patologia traz para a vida da pessoa, nomeadamente para a vida do homem.

Este estudo surge também pela necessidade de compreender a evolução e adaptação a uma nova situação de saúde, uma vez que, muitas vezes os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros hospitalares, perdem contacto com a realidade/dificuldades destes doentes no pós-hospitalar.

Os enfermeiros, sendo profissionais, envolvidos num sistema de saúde, surgem muitas vezes neles um sentimento de compromisso, no sentido de dar resposta aos desafios que se relacionam com o EAM. Por vezes, durante o nosso desempenho profissional não existe tempo para a reflexão cuidada sobre o doente com o EAM, no entanto, a realização deste trabalho vai-nos permitir compreender mais aprofundadamente esta temática.

A nossa pergunta de partida é: “Qual o impacto que um EAM traz para a vida da pessoa, nomeadamente para a vida do homem?”

De forma a clarificarmos e compreendermos a problemática do doente com EAM, definimos como objectivos: descrever a problemática do homem com EAM; perceber as repercussões físicas, sociais, psicológicas do EAM e compreender as mudanças e adaptações do doente no que diz respeito a estilos de vida saudáveis.

Dado o carácter da pergunta de partida e dos objectivos traçados, pretendemos fazer um estudo exploratório descritivo, no âmbito do paradigma qualitativo, nesta perspectiva Polit e Hungler (1995) consideram que a pesquisa exploratória explora as dimensões de fenómenos, o modo como se manifestam bem como os factores com que estão relacionados.

Este trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, abordamos as temáticas: doença crónica, doença coronária, patofisiologia do EAM, papel do enfermeiro face ao tratamento, os vários factores de risco e o Modelo de Adaptação e a sua aplicação ao doente com EAM. O segundo capítulo, é composto pelos procedimentos metodológicos que suportam o estudo. No último capítulo, fazemos a apresentação e discussão dos dados tendo subjacente o referencial teórico.

Nas conclusões, analisamos os dados mais relevantes que se poderão constituir como ponto de partida para outros estudos numa dialéctica de construção contínua do saber. Terminamos com as referências bibliográficas utilizadas.

Foi um longo percurso, no qual temos a convicção de estar de alguma forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem no âmbito da Cardiologia.

CAPÍTULO I – PERCURSO CONCEPTUAL

1 - Doença Crónica

O mundo está a enfrentar um aumento massivo nos níveis de morte e incapacidades resultantes da doença crónica. As estatísticas mostram que 60% das mortes a nível global se devem à doença crónica e que 80% destas acontecem em países de rendimentos baixos a intermédios (WHO, 2008a). De facto, o que se tem verificado é que em cada país, em todos os níveis de rendimentos, a saúde e a doença seguem um gradiente social, isto é, quanto mais baixa a posição sócio-económica, maior o impacto na saúde. Como refere o ICN (2010, p.7) citando WHO (2008a), *“O impacto, em rápido crescimento, destas doenças está a afectar desproporcionalmente as populações pobres e desfavorecidas, contribuindo para alargar o fosso entre e dentro dos países, em termos de saúde”*.

O aumento da doença crónica parece dever-se à interacção entre factores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e factores de risco modificáveis. Pela sua natureza, a doença crónica não pode ser curada, mas o tratamento é sem dúvida de suma importância. Implica mobilizar o corpo, a mente e o espírito para controlar a doença, promover uma sensação de bem-estar e melhorar a qualidade de vida. Eliopoulos (2005).

Há muitos motivos para o aumento da doença, sendo que as culpas não devem ser exclusivas e endereçadas apenas aos sistemas de saúde. Porém, o sector da saúde deve liderar a luta contra a doença crónica, podendo os enfermeiros darem um enorme contributo, não só na prevenção, mas também no cuidar das pessoas vítimas deste flagelo.

A OMS define a doença crónica como sendo a doença *“...que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados”*.

A diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e alguns tipos de cancro, são consideradas doenças crónicas, sendo os maiores “assassinos” do mundo.

O aumento destas doenças em todo o mundo deve-se a um leque alargado de factores globais, nacionais e locais: urbanização, medidas políticas e sociais, injustiças sociais, bem como o envelhecimento populacional (ICN, 2010). Além disso, associado a estas mudanças está um aumento na prevalência dos principais factores de risco modificáveis: tabagismo, má alimentação, inactividade física, uso excessivo de álcool, práticas sexuais não seguras e stress. Estes factores originam factores de risco

intermédios, como o aumento da pressão arterial, aumento da glicemia, aumento do colesterol e obesidade que por sua vez conduzem à doença cardiovascular, AVC, alguns tipos de cancro, doença respiratória e diabetes.

O indivíduo perante o impacto da doença crónica, necessitará de alterar hábitos de vida, e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controlo da patologia não tiver sucesso. Essas mudanças provocam alterações a nível individual, social e económico, causados não só pelos custos directamente relacionados com o tratamento da sua doença, mas também por aqueles custos derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidades e perda de produtividade. Silva (2008)

Actualmente existe uma forte evidência do impacto económico da doença crónica, sendo que os custos não se confinam apenas aos custos médicos e directos dos tratamentos, mas também aos custos indirectos, incluindo a menor produtividade dos trabalhadores, a reforma prematura e os custos dos diversos mecanismos de adaptação dos indivíduos à doença. Como refere OXHA (2009a), os custos da doença crónica para os indivíduos, famílias e comunidades, empregadores e economias está a aumentar rapidamente. A OCDE demonstrou, em 2008, que nos EUA, as pessoas com doença crónica são responsáveis por mais de 75% dos dois biliões de dólares de gastos médicos do país e que as perdas de produtividade associadas aos riscos de falta de saúde representam 400% do custo do tratamento da doença crónica.

Assim sendo, é importante a implementação de estratégias individuais, comunitárias e sociais para a redução de riscos na doença crónica. A redução de factores de risco é primordial - 80% dos casos de doença cardíaca, AVC, diabetes tipo 2 e mais de 1/3 dos casos de cancro podem ser prevenidos através da eliminação ou gestão dos factores de risco. Várias intervenções são importantes como: a monitorização da pressão arterial e análise dos valores de colesterol, o uso de fármacos (aspirina, estatinas, beta bloqueantes) para as pessoas com elevado risco, o incentivo à participação em diversas actividades promotoras da saúde e à adopção de estilos de vida saudáveis, implementação de medidas que diminuem o uso de substâncias, como aumento dos impostos e legislação sobre o uso do tabaco e álcool, alteração das políticas relacionadas com a rotulagem de alimentos, marketing e fabrico dos produtos. Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante, liderando campanhas de educação e informação, garantindo que as mensagens de saúde são claras e consistentes. Estes, dispõem de autoridade para: *“facultar o acesso a serviços de saúde, como o aconselhamento nutricional ou rastreio da pressão arterial; incentivar a criação de ambientes saudáveis e disponibilizar instalações para a actividade física; e criar um ambiente no qual as escolhas saudáveis sejam escolhas fáceis”*. ICN (2010, p.30)

Os enfermeiros estão bem posicionados para fornecer soluções inovadoras ao desafio da doença crónica e fazer uma diferença real no dia-a-dia dos doentes, das famílias e das comunidades. Neste sentido, a presidente do ICN, Rosemary Bryant lança um apelo aos enfermeiros de todo o mundo para liderarem a luta contra a doença crónica: *“Agora é mais importante do que nunca que os enfermeiros trabalhem no sentido de garantir que as escolhas saudáveis são escolhas fáceis”*. ICN (2010, p.65)

1.1 - Doença Coronária

Em 2000 as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 40994 óbitos, 39% do total de óbitos, dos quais 52% por doença cérebro vascular e 22% por doença coronária. (Direcção Geral da Saúde, 2002, citado por André 2005)

“As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade e morbilidade nos países industrializados, apesar do progresso científico ao nível do diagnóstico e da terapêutica, sendo a causa isolada mais comum de óbito nos países desenvolvidos.” André (2005, p.26)

A doença coronária (DAC) é a causa mais comum de morte súbita. A morbilidade da DAC nos doentes, famílias e entes queridos e na sociedade como um todo é considerável. A doença coronária é o termo utilizado para descrever os efeitos da redução ou obstrução completa do fluxo de sangue (e transporte de oxigénio) através das artérias coronárias como resultado de estreitamento (arteriosclerose) e/ou coágulo de sangue (trombo). As principais manifestações clínicas da doença coronária são a angina e o EAM.

Na literatura verifica-se que doença coronária, doença isquémica do coração ou doença das artérias coronárias refere-se à mesma situação clínica, implicando quer a angina de peito, o EAM e a morte súbita.

Para Hatchett e Thompson (2002) angina é o termo utilizado para descrever o desconforto (geralmente, incomodativo e retroesternal que pode irradiar para os braços, garganta, maxilares, dentes, costas ou epigastro) que ocorre durante períodos de isquemia miocárdica. Esta isquemia surge quando o fornecimento coronário de oxigénio é insuficiente relativamente àquele que é necessário para manter a tensão deste no tecido miocárdico. Esta situação dá origem a respiração anaeróbica e é resultado de um desequilíbrio entre o fornecimento de oxigénio e a necessidade. A angina é frequentemente classificada como estável ou instável.

A angina estável envolve a lesão permanente da artéria coronária que limita o fornecimento de oxigénio nos momentos de aumento de necessidade como, factores

emocionais, exercício/esforço. O desconforto alivia normalmente nos primeiros 2 a 10 minutos de descanso.

A angina instável é comumente associada a ruptura da placa aterosclerótica, acompanhada pela libertação de substâncias vasoconstritoras que podem induzir coagulação. Isto conduz à formação de trombos e obstrução intermitente ou prolongada da artéria coronária. A angina instável apresenta-se caracteristicamente como: aparecimento recente de sintomas de angina (nas 2 a 4 semanas anteriores); alteração dos sintomas, ou seja o desconforto torna-se mais frequente, é desencadeado com mais facilidade, mais grave ou prolongado ou responde menos à terapia de nitratos; ocorrência do desconforto/dor e sintomas associados na ausência de stress físico ou emocional com a duração de mais de 20 minutos.

Para Swearingen e Keen (2001) EAM é a necrose do tecido miocárdico resultante da falta relativa ou absoluta de fornecimento de sangue ao miocárdio. A maioria dos enfartes é causada por aterosclerose (por exemplo: depósito adiposo, fibrose, calcificação ou agregação plaquetária), de que resulta um estreitamento progressivo das artérias, formação de trombos e, por fim, obstrução ao fluxo sanguíneo. A oclusão pode também ser resultante de espasmos das artérias coronárias. O local do EAM é determinado pela localização da oclusão arterial.

1.2 - Patofisiologia do EAM

Para Hatchett e Thompson (2002) a aglomeração de plaquetas, trombose transitória e vasoconstrição podem originar reduções periódicas do fluxo de sangue sem lesão muscular permanente. Se o fluxo de sangue no miocárdio for gravemente insuficiente durante mais de 20 minutos, então desenvolve-se uma área crescente de necrose celular na parte afectada do músculo. No entanto, pode não afectar inicialmente todas as camadas musculares. Se o período de redução do fluxo coronário persistir durante mais de 2 horas, desenvolver-se-á invariavelmente trombo arterial com obstrução total e envolvimento da espessura total do músculo. O EAM depende do grau de insuficiência do fluxo sanguíneo e pode ocorrer como um único episódio agudo de 6 a 8 horas ou evoluir em vários dias.

O número de vasos doentes, a localização das estenoses proximais e a função ventricular, são os três indicadores mais importantes da gravidade e prognóstico na doença coronária. (Ferreira, 2004, citando Galloway et al., 1996; Lima, 1999; Walls, 1995).

O EAM pode apresentar-se classicamente como uma forte dor retroesternal, que ocorre em repouso, dura mais de 30 minutos e não é aliviada por nitratos sub-linguais. O

desconforto pode irradiar ou localizar-se no pescoço, maxilares, costas e ombros. Podem associar-se náuseas e “sensação de morte eminente”. A disfunção autonómica pode dar origem a suores abundantes e o doente apresentar-se frio e húmido.

Segundo vários autores, o diagnóstico de EAM é efectuado com base na história clínica do doente, exame físico, no electrocardiograma (ECG) de 12 derivações e nos níveis dos marcadores bioquímicos cardíacos.

Segundo Hatchett e Thompson (2002) daqueles que apresentam dor retroesternal, apenas uma pequena percentagem está perante um EAM. O diagnóstico de dor retroesternal é complicado pela partilha de um percurso neurológico que se dirige tanto aos órgãos torácicos como aos viscerais abdominais e pode ser causado por uma variedade de factores gastrointestinais e músculo-esqueléticos.

A avaliação inicial deve incidir sobre história e factores de risco significativos tais como: história familiar de doença coronária; idade superior a 65 anos; sexo masculino (o risco para as mulheres aumenta após a menopausa); tabagismo; dislipidemia; hipertensão arterial; diabetes; obesidade; stress aumentado e sedentarismo.

A aparência física varia consideravelmente e depende do impacto físico e psicológico do evento e a função insuficiente do ventrículo esquerdo pode resultar em dificuldade respiratória, suores, náuseas e vómitos.

Para Swearingen e Keen (2001) o primeiro ECG é feito imediatamente e utilizado como parte do processo para diferenciar o EAM da angina de peito ou de outras causas de dor anginosa, bem como para ajudar a determinar se é adequada a terapêutica trombolítica ou outra estratégia de reperfusão (por exemplo, angioplastia coronária). O ECG clássico de 12 derivações é utilizado para avaliação das paredes anterior, inferior e laterais do ventrículo esquerdo (VE). Os enfartes que se estendem para o ventrículo direito e/ou para a parede posterior do VE não podem ser claramente detectados pelas 12 derivações.

Os ECG devem ser feitos em séries (de início, e depois de cada 30 minutos durante 2 horas). As alterações características em certos grupos de derivações identificam a área e a evolução do EAM. Após a fase inicial de avaliação, os ECG podem ser efectuados cada 8-24h.

Segundo Lipman e Cascio (2001) a isquemia é representada por alterações da onda T no ECG. A onda T, normalmente vertical e assimétrica, torna-se invertida e simétrica. A inversão da onda T ocorre geralmente durante episódios de isquemia aguda, mas pode não aparecer durante horas ou dias depois do primeiro evento.

A lesão do miocárdio é representada no ECG pelas alterações do segmento ST (elevação ou depressão). A elevação do segmento ST ocorre durante a lesão subepicárdica (lesão confinada à parede ventricular exterior), surgindo, frequentemente,

minutos ou horas após o evento agudo. A depressão do segmento ST ocorre durante a lesão do subendocárdio (a lesão está confinada à parede ventricular interior). Lipman e Cascio (2001)

A pista de ECG clássica para detectar o enfarte é o aparecimento de ondas Q significativas nas derivações que representam a área danificada.

Segundo Hatchett e Thompson (2002) o cálculo da elevação de certas enzimas cardíacas intracelulares, que entram no sangue à medida que morrem as células enfartadas, é utilizado para confirmar enfarte do miocárdio e calcular a extensão da lesão irreversível das células. Uma enzima que aumenta duas vezes mais que o normal define tradicionalmente o EAM. As enzimas mais utilizadas são: a creatina quinase (CK) e a isoenzima mais específica (CK-MB), a troponina e a mioglobina. A medição das enzimas cardíacas está a ser gradualmente substituída pelas troponinas, dada a maior especificidade e sensibilidade como marcador de lesão miocárdica.

1.3 - O Papel do Enfermeiro face ao Tratamento

O tratamento dos doentes com suspeita de EAM mudou profundamente desde que Herrick descreveu a síndrome em 1912.

Nos primeiros anos do século XX, os doentes com EAM enfrentavam longas permanências na cama, com pouca intervenção terapêutica, salvo analgesia com narcóticos, e a vigilância era escassa.

Segundo Hatchett e Thompson (2002) o objectivo do tratamento do EAM actualmente é recanalizar a artéria obstruída, melhorando assim a perfusão miocárdica e reduzir o tamanho do EAM. A terapêutica adicional tem os seguintes objectivos: minimizar a área do miocárdio isquémico através do aumento da perfusão coronária e diminuindo a carga do miocárdio; maximizar a entrega de oxigénio aos tecidos; controlar a dor e a estimulação simpática; contrabalançar os efeitos prejudiciais da reperfusão; preservar a função ventricular e reduzir a morbilidade e mortalidade.

As prioridades à chegada de um doente com suspeita de EAM são a analgesia eficaz, avaliação pronta e administração apropriada de terapêutica trombolítica, no caso de não haver possibilidade de realização de cateterismo cardíaco. A avaliação da dor em curso representa uma parte importante dos cuidados de enfermagem ao doente com EAM sendo importante a administração de analgesia adequada. No serviço de urgência, o enfermeiro faz a triagem dos doentes, vigia e monitoriza os sinais vitais e o ritmo cardíaco, administra oxigénio e a terapêutica e acompanha o mais rapidamente possível o doente até ao laboratório de hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco, no caso de haver indicação.

Segundo Hatchett e Thompson (2002) deve ser administrada uma dose inicial de diamorfina entre 2,5 e 5mg a 1 mg por minuto, seguida por doses de 2,5mg adicionais até que a dor alivie. Um antiemético deve também ser administrado com o opiáceo. Beta-Bloqueadores intravenosos, trombolíticos e nitratos, todos reduzem a dor, provavelmente ao limitar a lesão da isquemia, e tendem a reduzir a necessidade de fármacos analgésicos.

A administração de oxigénio, habitualmente a 2-4 l/min, por sonda nasal ou de outro modo e ritmo de acordo com valores da gasimetria, destina-se a promover aumentos da oxigenação, tanto do miocárdio como generalizada. Actualmente existem autores que defendem a não utilização de oxigénio suplementar. No entanto, à medida que o aporte de oxigénio ao coração é reforçado, a dor pode aliviar. Se o estado do doente se deteriorar, será necessário implementar outros métodos de aporte de oxigénio (por ex., máscara com reservatório e ventilação mecânica para os que estiverem em grave deterioração).

Os nitratos podem ajudar ao estabelecimento da desobstrução do vaso, à abertura de vasos colaterais e à inversão da vasoconstrição da artéria coronária. São administrados até se conseguir o alívio da dor, geralmente até 200 µg/min. No entanto, é necessário garantir que o doente mantenha uma pressão sistólica de 80mmHg, no mínimo.

Os Bloqueadores beta-adrenérgicos diminuem a necessidade miocárdica de oxigénio ao bloquear a estimulação simpática dos receptores beta-adrenérgicos e podem ser de grande benefício para doentes com hipertensão e taquicardia no momento da admissão. Possuem igualmente propriedades anti-arrítmicas e anti-plaquetárias.

A prevenção da formação de trombos coronários pode incluir a administração de anticoagulantes (infusão de heparina) ou medicamentos antiplaquetários (aspirina, clopidogrel, inibidores da GPIIb/IIIa como abciximab, eptifibatide, tirofiban), para prevenir a formação de trombos. Pensa-se que nos doentes com EAM, estes fármacos impedem o encerramento completo das artérias coronárias ou previnem uma maior formação de coágulos. Estas administrações são muitas vezes iniciadas no laboratório de hemodinâmica, durante o cateterismo cardíaco, sendo prolongadas e mesmo iniciadas na unidade coronária ou até no internamento. Nestes casos, o risco de perda sanguínea apresenta-se moderado a elevado, razão pela qual os enfermeiros devem vigiar possíveis perdas sanguíneas, quer por locais de punção, quer por orifícios naturais e deveram promover o repouso dos doentes.

A terapêutica trombolítica utiliza-se para a reperfusão do(s) vaso(s) coronário(s) ocluído(s). Os fármacos usados são a alteplase (r-TPA), reteplase, estreptoquinase, uroquinase e complexo activador do plasminogénio anisóilado da estreptoquinase

(APSAC). Segundo Hatchett e Thompson (2002) a terapêutica trombolítica é uma intervenção de Classe I, segundo a American Heart Association e o American College of Cardiology, para doentes com supradesnivelamento do segmento ST em duas ou mais derivações consecutivas, bloqueio de ramo (segmento ST difícil de analisar) e história sugestiva de EAM que se apresenta nas 12 primeiras horas do aparecimento de sintomas e idade <75 anos. Antes da administração IV destes fármacos, deve ser detectado cuidadosamente o risco de hemorragia, sendo contra indicado em várias situações. Swearingen e Keen (2001) referem que, o tempo decorrido entre a entrada do doente no serviço de urgência do hospital e o início do tratamento com trombolíticos não deve exceder 1h e é, idealmente, de 30 minutos. Durante a administração de trombolíticos, o enfermeiro deverá estar atento ao doente quanto a sinais de hipotensão, ao desenvolvimento de reacção alérgica, início de outras dores ou arritmias comprometedoras. As assim designadas arritmias de reperfusão, normalmente de origem idioventricular, são em geral benignas e não requerem tratamento, a não ser que originem perturbações hemodinâmicas.

A Intervenção Coronária Percutânea (ICP) apresenta alguns benefícios relativamente à trombólise, visto que origina uma taxa mais elevada da desobstrução da artéria coronária relacionada com o EAM. Esta consiste num procedimento invasivo que se destina a melhorar o fluxo sanguíneo através das artérias coronárias estenosadas. Um cateter com balão na ponta é inserido na lesão da artéria coronária e o balão é insuflado de maneira a comprimir o material da placa contra a parede do vaso, abrindo assim o lúmen estenosado. Os stents endovasculares que são introduzidos são tubos de malha metálica que se usam para manter as artérias abertas. Existe uma variedade de desenhos, materiais e métodos de colocação. Os mais comuns nos EUA são os de balão insuflável, que são colocados durante a ICP. Podem ser utilizados para as artérias coronárias estenosadas ou para reabrir um enxerto de bypass da artéria coronária que estenosou.

A ICP está indicada para candidatos a cirurgia cuja angina é refractária ao tratamento médico. Também se executa em indivíduos com EAM, angina pós-enfarte, angina pós-bypass e angina crónica estável. O candidato ideal tem doença de um único vaso, com uma lesão discreta proximal, não calcificada. À medida que a tecnologia avança, os doentes com situações mais complexas tornam-se candidatos de rotina para esta intervenção, desde que praticada por cardiologistas invasivos experientes. Segundo Ferreira (2004, p.49) citando Domingos et al. (1997) *“na angioplastia percutânea, o sucesso ronda os 94%, com o retorno imediato à vida normal, havendo ainda a possibilidade de repetição da angioplastia em caso de reestenose.”*

As complicações da ICP podem consistir em oclusão aguda da artéria coronária, reoclusão nos doentes com EAM, espasmo da artéria coronária, hemorragia, insuficiência circulatória, hipersensibilidade renal ao produto de contraste, hipocaliémia, reacção vasovagal, disritmias e hipotensão. A reestenose pode ocorrer 6 semanas a 6 meses após a ICP, embora o doente possa não sentir a angina.

O doente com EAM e após a realização da ICP deverá permanecer quando possível numa unidade coronária. Estes doentes requerem por parte dos enfermeiros uma vigilância constante. É importante a monitorização contínua (tensão arterial, frequência cardíaca, saturações periféricas, ritmo cardíaco) destes doentes, muitas vezes é ponderada a colocação de um cateter arterial, para um controlo mais eficaz quer dos valores gasimétricos, quer dos valores tensionais. A equipa deverá gerir eficazmente o repouso, a dieta, o aumento da ingestão hídrica (principalmente nos doentes que realizaram ICP) e outros auto-cuidados. Quanto ao local da ferida cirúrgica (região inguinal ou radial) em resultado do cateterismo cardíaco, esta deverá ser vigiada quanto à possibilidade de hematoma ou equimose. Deverá ser realizada compressão manual ou através de equipamento e executado penso compressivo no local. Poderá ser ponderado a aplicação de gelo. É importante informar o doente da necessidade de se manter em repouso e com o membro inferior em extensão (no caso de abordagem femoral), bem como de estar atento a possíveis sangramentos pelo local.

Os procedimentos de revascularização cirúrgica raramente são utilizados como estratégia primária de tratamento do EAM. Como refere Ferreira (2004), as técnicas por cateterismo, como angioplastia ou por cirurgia de bypass complementam-se mutuamente em caso de repetição de eventos. Existem diversas abordagens para a revascularização do miocárdio, sendo que os indivíduos com doença coronária de múltiplos vasos ou difusa são os melhores candidatos a esta intervenção. Como refere Ferreira (2004, p.46), citando Melo (1997) os candidatos *“devem ter obstruções superiores a 70% (do tronco comum superiores a 50%), leito vascular e função ventricular compatíveis.”*

As intervenções realizadas pelos enfermeiros são implementadas em vários momentos críticos do doente com EAM e por vários serviços: no serviço de urgência, no laboratório de hemodinâmica, na unidade coronária, no internamento de cardiologia, nas consultas de enfermagem, na reabilitação cardíaca. Assim sendo, os enfermeiros conjuntamente com a equipa multidisciplinar, apresentam um papel primordial ao longo do atendimento e tratamento do doente com EAM.

2 - Factores de Risco Associados ao EAM

Do ponto de vista da epidemiologia, o conceito de risco pode ser analisado sob a forma de risco relativo ou de risco atribuído.

O risco relativo demonstra-nos a taxa de incidência de doença naqueles expostos em comparação aos não expostos a uma determinada situação. Giannini, Forti e Diamant (2000)

Por outro lado, o risco atribuído revela-nos a incidência adicional de doença associada com uma determinada condição. Esta variável é útil para seleccionar populações para programas de prevenção. Giannini, Forti e Diamant (2000)

Inicialmente, estes conceitos de risco foram utilizados para o estudo das epidemias de doenças infecciosas. No entanto, com a melhoria progressiva das condições sanitárias e o progresso na prevenção das doenças infecciosas, o alvo da epidemiologia tem sido estendido para as doenças crónico-degenerativas, principalmente, doenças cardiovasculares e cancro.

O termo factor de risco define-se *“como uma característica ou um traço de um indivíduo ou população que está presente precocemente na vida e associa-se ao aumento do risco de desenvolver uma doença futura”* (Ridker, Genest e Libby, 2003, citados por André, 2005, p.27)

Um factor de risco pode ser considerado uma característica bioquímica, fisiológica ou de estilo de vida modificável. Assim como características pessoais não-modificáveis, como sejam: idade, história familiar e sexo.

Os principais factores de risco identificados, através da utilização de um estudo longitudinal de coorte, foram: níveis elevados de colesterol, hipertensão e hábitos tabágicos. Estes três factores de risco, também designados como factores de risco primários, continuam actualmente a ser dos principais factores de risco coronários.

Como refere André (2005, p.28) citando Seabra-Gomes (2002) *“A Fundação Portuguesa de Cardiologia realizou um estudo epidemiológico onde estima que 70% da população portuguesa tem um colesterol elevado, cerca de 20% fuma e quase 40% dos indivíduos são hipertensos.”*

Estudo clínicos randomizados de redução dos níveis de colesterol, da pressão arterial e de modificação da dieta, têm apresentado uma redução importante de mortalidade e morbilidade cardiovascular.

A prevenção de doenças cardiovasculares baseia-se na noção do conceito de risco e dos factores de risco. Os factores de risco podem estar ligados a estilos de vida como: o tabagismo, a dieta rica em lípidos ou calorias, a inactividade física, as características bioquímicas, a hipertensão, a diabetes, a obesidade ou a características não modificáveis

como o sexo, a idade, os antecedentes pessoais e familiares. André (2005) citando Reis (1997).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção das doenças cardiovasculares, através da redução e controlo dos factores de risco na população. *“Agora é mais importante do que nunca que os enfermeiros trabalhem no sentido de garantir que as escolhas saudáveis são escolhas fáceis”*. ICN (2010, p.65)

A redução de factores de risco é primordial - 80% dos casos de doença cardíaca podem ser prevenidos através da eliminação ou gestão dos factores de risco. Várias intervenções (ao nível da prevenção primária e secundária) por parte dos enfermeiros são importantes como: incentivar as pessoas a participar em diversas actividades promotoras da saúde e na mudança/ adopção de estilos de vida saudáveis. As estratégias para a redução dos factores de risco passam por uma abordagem colaborativa, tendo por alvo uma maior consciencialização, proporcionar e incentivar escolhas saudáveis realistas e economicamente acessíveis, e fazer das escolhas saudáveis escolhas fáceis. Os enfermeiros podem desempenhar um papel importante, liderando campanhas de educação para a saúde e informação, garantindo que as mensagens de saúde são claras e consistentes. Por outro lado, na prevenção secundária, os enfermeiros devem garantir a possibilidade de rastreios (como por exemplo, monitorização da pressão arterial, glicemia, colesterol, índice de massa corporal) para a população.

A idade e o sexo masculino apresentam-se como sendo os factores de risco mais fortes para doença coronária. A doença coronária aumenta de forma acelerada após a quinta década entre os homens e após a sexta década entre as mulheres. Como refere Giannini, Forti e Diamant (2000, p.31) *“Os homens apresentam maior risco de doença arterial coronária que as mulheres em qualquer faixa de idade, embora as causas desta doença não estejam bem compreendidas.”*

Na mulher a idade crítica está relacionada com o período pós-menopausa, já que os estrogénios são protectores de doença coronária. Como refere André (2005, p.38) citando Rodriguez (2001) *“Existe um retardamento de 10 a 15 anos no advento da doença coronária nas mulheres em relação aos homens”*.

As dislipidemias apresentam evidências epidemiológicas relacionando a elevação de colesterol total e da fracção LDL-colesterol com uma incidência aumentada de doença coronária. Está também comprovado que a redução dos níveis de colesterol total e de LDL levarão a um menor aparecimento de eventos coronários. Portanto, esse factor de risco deverá ser combatido seja por meio de dieta e/ou de fármacos, tanto na prevenção primária como na secundária. Castro (1999)

Quer o excesso de colesterol LDL, quer a falta de colesterol HDL, aumentam o risco de doenças cardiovasculares, principalmente o EAM. DGS (2009)

Segundo a DGS (2006), hipertensão arterial são todas as situações em que se verificam valores de tensão arterial aumentados. Consideram-se valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140 mmHg e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores a 90 mmHg. Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas. Segundo a mesma fonte, em Portugal, existem cerca de dois milhões de hipertensos. Destes, apenas metade tem conhecimento de que tem pressão arterial elevada, apenas um quarto está medicado e apenas 16% estão controlados.

A adopção de um estilo de vida saudável por parte dos doentes pode prevenir o aparecimento da doença e a sua detecção e acompanhamento precoces são primordiais na redução do risco de incidência de doença cardiovascular. Entre os hábitos de vida saudável sublinha-se a importância de: redução da ingestão de sal na alimentação, preferência por uma dieta rica em frutos, vegetais e com baixo teor de gorduras saturadas, prática regular de exercício físico, consumo moderado de álcool (um máximo de 30 ml etanol/dia nos homens e 15 ml/dia para as mulheres) e cessação do hábito de fumar. DGS (2006)

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado uma associação entre níveis de pressão arterial, tanto a diastólica como a sistólica, como factor de risco independente não só para a doença coronária como também para as doenças cérebro-vasculares, insuficiência cardíaca, entre outras.

O que se tem observado é que comparando indivíduos normotensos, aqueles com pressão arterial elevada apresentam mais frequentemente outros factores de risco para doenças cardiovasculares, como por exemplo: diabetes mellitus, dislipidemia, etc.

Estes factores de risco parecem estar relacionados e, quando associados, aumentam desproporcionalmente mais o risco cardiovascular do paciente do que quando presentes isoladamente. (Giannini, Forti e Diamant, 2000)

O tabagismo é um dos factores de risco modificáveis. Segundo a DGS (2005) citando a OMS, anualmente cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem, em todo o mundo. Se esta epidemia não for travada, estima-se que em 2020/30, esse número poderá chegar aos 10 milhões de vítimas. A mesma fonte considera uma associação entre tabagismo e 25% da doença isquémica cardíaca, sendo que a redução tabágica reduz a esperança média de vida em cerca de dez anos. Os fumadores de mais de um maço de cigarros por dia têm quatro vezes mais EAM do que os não fumadores. No entanto, até o tabagismo ligeiro aumenta o risco em 40% de ter EAM.

Survez, (1994) citado por Ogden (2004) sobre o consumo de tabaco refere que:

- O comportamento de fumar está em declínio, sendo este aspecto mais marcante nos homens do que nas mulheres;
- Deu-se uma redução dramática no número de fumadores que fumam cigarros de teor médio;
- Dois terços dos fumadores dizem que querem deixar de fumar;
- A maioria dos fumadores (58%) diz que seria bastante difícil passar um dia inteiro sem fumar.

O tabagismo não é factor de risco apenas para o próprio fumador, mas também para aqueles que não o são, mas que se encontram frequentemente expostos ao fumo passivo.

Estudos de coorte demonstram que o risco de desenvolver doença coronária diminui progressivamente após a cessação do hábito tabágico. O abandono desse hábito diminui até 50% a incidência de novo EAM. Castro (1999)

As mulheres que recorrem à anticoncepção oral e que apresentam hábitos tabágicos estão sujeitas a um maior risco de EAM em aproximadamente seis a oito vezes. DGS (2009)

A obesidade constitui também um importante factor de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças. Para Ogden (2004) a obesidade pode ser definida de diversas formas, incluindo a de médias populacionais e em termos do índice de massa corporal. Já para a OMS, a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde.

A OMS considerou a obesidade como a epidemia global do século XXI. Tem uma grande prevalência nos países desenvolvidos, atinge homens e mulheres de todas as etnias e todas as idades, reduzindo a qualidade de vida e tem elevadas taxas de mortalidade e morbilidade. A obesidade acarreta múltiplas consequências graves para a saúde, sendo que em termos cardiovasculares se traduz por hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca congestiva e angina de peito. DGS (2005)

A obesidade apresenta uma influência adversa sobre os outros factores de risco cardiovasculares. Estudos epidemiológicos prospectivos têm demonstrado que a obesidade central (avaliada pela relação das circunferências da cintura e do quadril) está mais fortemente associada com o risco de doença coronária e outras doenças cardiovasculares que a obesidade geral, avaliada somente pelo índice de massa corporal. A redução de peso é importante em pacientes obesos com doença coronária e em indivíduos saudáveis obesos portadores de vários factores de risco relacionados à obesidade. Giannini, Forti e Diamant (2000)

A relação entre o índice de massa corporal e a mortalidade está demonstrada, sendo que a maioria dos problemas parece relacionar-se com a obesidade grave e com pesos que se situam nos 10% superiores. Ogden (2004)

Quer a diabetes mellitus tipo 1 quer a diabetes mellitus tipo 2, estão associadas com um aumento do risco para doença coronária, doenças cerebrovasculares e doença vascular periférica. A diabetes é um factor de risco particularmente importante para as mulheres e quando presente diminui efectivamente a protecção relativa do sexo feminino contra a doença coronária. Giannini, Forti e Diament (2000)

“A pessoa diabética tem um risco aumentado de morbilidade e mortalidade em relação à pessoa não diabética, sendo que 75% de todas as mortes entre as pessoas diabéticas resultam de doença coronária.” (André, 2005, p.35, citando Ridker et al, 2003)

O estudo de Framingham mostrou que a diabetes duplicava o risco de doença cardiovascular no homem e triplicava-o na mulher. Quanto mais jovem é a mulher maior é o risco, já que o factor de protecção relacionado com os estrogénios é inibido pela diabetes. André (2005)

Medidas preventivas como a administração de terapêutica de combate ao colesterol estão comprovadas na redução de doenças cardiovasculares e na melhoria do prognóstico em pessoas diabéticas.

A prática regular de actividade física e o desporto beneficiam os indivíduos em todas as idades ao nível físico, social e mental. A actividade física é, segundo a DGS (2007), um forte meio de prevenção de doenças e para os governos, um dos métodos com melhor custo-efectividade na promoção da saúde de uma população. Estima-se que o sedentarismo seja causador de um milhão e 900 mil mortes a nível mundial, sendo responsável por 22% da doença cardíaca isquémica. O risco de doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física. DGS (2007)

Estudos epidemiológicos prospectivos têm demonstrado que um estilo de vida sedentário está associado com um maior risco de morte nas doenças cardiovasculares. A adopção de actividade física moderada na meia-idade ou nas idades mais avançadas, pode trazer efeitos benéficos sobre a mortalidade cardiovascular.

A actividade física ajuda na prevenção da obesidade e na redução dos níveis de LDL e triglicéridos e favorece a elevação dos níveis de HDL, assim como redução da pressão arterial.

André (2005, p.37) citando Gaziano et al. (2003) refere *“Vários estudos epidemiológicos mostraram que a prática de exercício físico, mesmo moderado, reduz o risco de doença coronária e, pelo contrário, os indivíduos com uma vida sedentária têm um risco duas vezes superior aos indivíduos activos, após o controle de outros factores*

de risco coronário.” Os benefícios para a saúde geralmente são obtidos através de, pelo menos, 30 minutos de actividade física cumulativa moderada, todos os dias. DGS (2007)

Segundo Ogden (2004, p. 211), citando um estudo de Blair e colaboradores de 1989, o exercício pode influenciar a doença coronária do seguinte modo:

- A maior actividade muscular pode proteger o sistema cardiovascular.
- Mais exercício pode aumentar a actividade eléctrica cardíaca.
- Mais exercício pode aumentar a resistência do indivíduo à fibrilhação ventricular.
- Fazer exercício pode proteger de outros factores de risco ligados à doença coronária.

Relativamente à história familiar, o risco de doença coronária aumenta nos seguintes casos:

- Quanto mais próximo o grau de parentesco em relação ao membro da família que apresenta doença coronária mais elevado o risco. É importante salientar, que uma história familiar de doença cardiovascular em grau de parentesco de primeiro grau é mais relevante que uma história de eventos cardiovasculares em parentes de segundo grau;
- Se a percentagem de elementos familiares com doença cardiovascular é elevada;
- Quanto mais precoce for o surgimento do evento cardiovascular na família.

Como refere Giannini, Forti e Diamant (2000, p. 33) “ *Uma avaliação dos factores de risco cardiovasculares deve ser considerada nos parentes de primeiro grau de qualquer paciente que venha a manifestar doença coronária numa idade precoce: antes dos 55 anos em homens e dos 65 anos em mulheres.*”

A dieta é um importante indicador do risco cardiovascular e quando desequilibrada, pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O efeito da dieta sobre o desenvolvimento da lesão aterosclerótica é avaliado pela influência do LDL, HDL, pressão arterial e obesidade.

Estudos realizados revelaram que os benefícios da dieta de tipo mediterrâneo, rica em cereais, peixe, leguminosas, azeite, fruta, vinho e pouca carne, ajudam na prevenção da doença coronária. (André, 2005, citando Declaração de Consenso Internacional sobre Gordura Alimentar, a Dieta de tipo Mediterrâneo e Saúde ao Longo da Vida, 2000).

O excesso de sal, de gorduras, de álcool, de açúcares de absorção rápida e ausência de legumes, vegetais e frutos frescos estão associados às doenças cardiovasculares. A alimentação deve ser variada e polifraccionada. DGS (2009)

Quadro 1 - Características e estilos de vida associados com risco aumentado de futuros eventos coronários

Características Bioquímicas Ou Fisiológicas (Modificáveis)	Estilos de Vida	Características Pessoais (Não-modificáveis)
• Pressão arterial elevada • Colesterol elevado (LDL – colesterol) • HDL – Colesterol baixo • Triglicerídeos elevados • Diabetes • Obesidade • Factores trombogénicos	• Dieta rica em gorduras saturadas, colesterol e calorias • Tabagismo • Consumo excessivo de álcool • Sedentarismo	• Sexo • Idade • História familiar de doença coronária ou outra doença vascular aterosclerótica precoce (no homem abaixo de 55 anos e na mulher abaixo de 65 anos) • História pessoal de doença coronária ou outra doença vascular aterosclerótica

Adaptado de Giannini, Forti e Diamant, (2000)

3 - A pessoa e o Processo de Adaptação depois de um EAM

Callista Roy desenvolveu o modelo de adaptação e demonstrou a sua aplicabilidade na prática, investigação e ensino de enfermagem. Segundo Dunn e Dunn (1997) citados por McEwen e Wills (2009), o modelo de adaptação de Roy apresenta impacto na prática, no ensino e na administração de enfermagem, contribuindo significativamente para a ciência e para a prática de enfermagem.

Este modelo não é de aplicabilidade fácil. No entanto, pretendemos demonstrar a sua aplicação na enfermagem, nomeadamente na adaptação do doente após um EAM.

Os enfermeiros, ao cuidarem do doente, observam as mais diversas manifestações físicas e emocionais desencadeados pelo impacto da doença coronária. O doente após o diagnóstico de EAM apresenta diversas incertezas quanto ao futuro, por desconhecer a doença, o tratamento e busca quase sempre uma compreensão desses aspectos.

No EAM, o doente “vê” atingido o seu coração e os seus principais vasos e aquando do internamento hospitalar é invadido por um ambiente tecnocrata com recurso a tratamentos invasivos. Desta forma, são exacerbados sentimentos, como: medo, ansiedade, preocupação e insegurança. Além disso, a experiência de ter um EAM revela-se para os doentes como preocupante e desagradável, pois fá-los sentir como se as suas vidas estivessem ameaçadas.

Atender a essas necessidades expressas pelos doentes provocou um redireccionamento nas intervenções de enfermagem, possibilitando aos profissionais de saúde actuarem como mediadores entre a tecnologia e a experiência humana, tornando-o exercício da prática. Desta forma, acredita-se na importância da abordagem e do reconhecimento dos aspectos biopsicossociais que rodeiam o doente, desencadeados por experiências pessoais de outros internamentos e patologias, de familiares ou de amigos influenciando, directamente nos seus comportamentos, atitudes e sentimentos face à doença, dificultando ainda mais, em algumas ocasiões, a adaptação à doença.

A equipa multidisciplinar que trabalha nos departamentos de cardiologia deve dominar o conhecimento técnico-científico, intervir nas situações e prestar ao doente os cuidados necessários, habituando-se às intercorrências e complicações que possam surgir nos doentes com EAM. Portanto, os enfermeiros devem estar atentos durante o internamento à inexperiência, à angústia e aos sentimentos dos doentes. Freitas e Oliveira (2006)

Perante isto, pensa-se que a identificação dos diagnósticos de enfermagem que enfocam os aspectos psicossociais, fundamentados na teoria de Callista Roy, possibilita

o reconhecimento e a elaboração das intervenções pertinentes ao desenvolvimento do cuidar, permitindo adaptações adequadas por parte dos doentes. Freitas e Oliveira (2006)

A constante interacção dos indivíduos com os seus ambientes está caracterizada por mudanças internas e externas e, para manterem a sua própria integridade, adaptam-se continuamente a ele. Roy (1984)

A pessoa receptora dos cuidados de enfermagem é vista como um ser biopsicossocial, com mecanismos adaptativos inatos e adquiridos, os quais lhe permitem adaptar-se às mudanças internas ou externas que ocorrem. Freitas e Oliveira (2006)

Roy e Andrews (1999) citados por Tomey e Alligood (2003) definem adaptação como o processo e resultado através do qual as pessoas, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental.

O grau de adaptação é influenciado pelo desenvolvimento de sistemas reguladores (transmissores químicos, neurais e endócrinos) e cognitivos (cerebrais superiores de percepção, julgamento e emoção). Como refere Roy (1988) citado por Roy e Andrews (2001, p.28) *“Os comportamentos que resultam do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em quatro categorias ou modos adaptáveis, desenvolvidos por Roy para servirem como estrutura para a avaliação.”*. Esses quatro modos foram classificados como fisiológico, auto-conceito, função do papel e interdependência. É através destes quatro modos que as respostas se verificam e o nível de adaptação pode ser observado.

O modo fisiológico é determinado pelas respostas físicas e manifestações fisiológicas do organismo; o modo de auto-conceito identifica os padrões de valores, crenças e emoções, isto é, reconhece os aspectos psicológicos, morais e espirituais das pessoas; o modo de função de papel identifica os padrões de interacção social da pessoa, ele é de natureza social e compreende papéis que a pessoa desempenha na sociedade, e o modo de interdependência identifica os valores humanos, pois sendo da natureza humana, faz referência às interacções entre dar e receber amor, respeito e afeição.

O comportamento relacionado aos seus modos é a manifestação do nível adaptativo da pessoa e reflecte o uso dos mecanismos de adaptação. Por isso, por meio da observação dos comportamentos da pessoa, em relação aos modos adaptativos, os enfermeiros podem identificar respostas adaptativas ou ineficazes em situações de saúde e doença. Freitas e Oliveira (2006)

Quanto ao conceito de saúde, Roy considerava a saúde *“num contínuo que ia da morte e da saúde extremamente débil até um elevado bem-estar”* (Tomey e Alligood 2003, p.308). Mais recentemente, a autora focaliza-se na saúde no qual o processo de saúde e doença podem coexistir, sendo que estas são uma dimensão inevitável. O

surgimento da doença resulta de mecanismos de adaptação ineficazes, enquanto a saúde surge quando as pessoas se adaptam constantemente.

Relativamente ao conceito de ambiente podemos dizer que ambiente são “*todas as condições, circunstâncias e influências que rodeiam e afectam o desenvolvimento e comportamento de pessoas ou grupos, com especial consideração da mutualidade da pessoa e dos recursos da terra que incluem os estímulos focais, contextuais e residuais.*” Roy e Andrews (1999), citados por Tomey e Alligood (2003, p.308). Portanto, é o ambiente em mudança que vai estimulando a pessoa a dar respostas de adaptação.

O ambiente envolve factores internos e externos e são classificados como estímulos focais, contextuais e residuais. (Roy e Andrews, 2001). Os estímulos focais referem-se aos estímulos mais importantes com que a pessoa se confronta, tais como: o processo da doença, a imposição de procedimentos. Relativamente aos estímulos contextuais pode-se referir que são todos os outros estímulos inerentes à situação e possibilitam o comportamento causado pelo estímulo focal, como por exemplo, sentimentos, o ambiente hospitalar. Por último, Roy define estímulos residuais como sendo aqueles cujo efeito não é determinado no comportamento da pessoa e a validade do seu efeito não foi, ou não pode ser determinada, e são exemplo disso: a realização de procedimentos anteriores, troca de experiências e de informações sobre a patologia com parentes e amigos.

As respostas a esses estímulos podem ser adaptativas positivas ou negativas consoante favorecem a integridade das pessoas quanto à sobrevivência, crescimento e reprodução, ou quando não contribuem para isso. Segundo Roy, a função do enfermeiro, nessas situações é promover a adaptação positiva do doente, devendo, para isso, desenvolver um processo de enfermagem. “*O processo de enfermagem constitui uma abordagem para resolver problemas de recolha de dados, identificar as necessidades das pessoas, seleccionar e implementar abordagens para os cuidados em enfermagem, e avaliar resultados dos cuidados ministrados.*” Roy e Andrews (2001, p.41).

De acordo com o modelo de adaptação de Roy foram identificados seis passos no processo de enfermagem: a avaliação do comportamento, a avaliação do estímulo, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento do objectivo, a intervenção e a avaliação.

O fornecimento por parte da equipa de enfermagem de informações e explicações relativamente à doença, situação de saúde, internamento, tratamentos é muito importante, porque além de confortar o doente, proporciona-lhe segurança, diminuindo o medo, ajudando-o a enfrentar a situação.

Dessa maneira, acredita-se que as intervenções de enfermagem, possibilitam o desenvolvimento de atitudes e sentimentos positivos, no doente, contribuindo para que

ele aceite mais eficazmente a sua nova situação de saúde, sem medo ou preocupações, após as informações recebidas dos profissionais.

Ansiedade é um estado em que o indivíduo demonstra sentimentos de apreensão com activação do sistema nervoso autónomo, em resposta a uma ameaça vaga e inespecífica. Carpenito (1997)

O momento em que o doente é confrontado com o seu diagnóstico de EAM, revela-se de grande incerteza e em que todos os medos se exacerbam diante da iminência de um acontecimento que lhe poderá alterar toda a sua vida. Neste sentido, considera-se muito importante, dentro das intervenções de enfermagem, criar um espaço para o diálogo, permitindo a escuta, com o fim de explorar as causas da ansiedade e demonstrar ao doente que as suas preocupações e medos serão levados em conta. Desta forma, a escuta torna-se muito importante.

O medo, a apreensão e a insegurança, podem diminuir quando ocorre o diálogo compreensível por ambas as partes, tendo o doente oportunidade para expressar as suas necessidades e receber informações sobre o desconhecido. Desta forma, aumentarão a cooperação, a confiança e a segurança, favorecendo o bem-estar da pessoa. Considera-se, então, que dentro das intervenções de enfermagem mais importantes estão as orientações dadas ao doente, que juntamente com o calor humano, irão ajudá-lo a vencer o medo nesse momento difícil e incerto, proporcionando-lhe alívio e conforto. Freitas e Oliveira (2006)

As alterações no processo familiar podem surgir, já que tanto o homem como a mulher têm responsabilidades e tanto a doença como a incerteza do que ocorrerá daí para frente criarão neles maior preocupação, aumentando a dificuldade para assumirem responsabilidades e para conduzirem a família. Freitas e Oliveira (2006)

Transmitir segurança emocional, atenção e apoio, é função da equipa multidisciplinar, que com isso estará proporcionando meios para desenvolver mecanismos de adaptação positiva para o seu bem-estar.

A utilização da teoria de adaptação de Callista Roy, permite reconhecer que as pessoas, nomeadamente os doentes com EAM, mediante estímulos, podem desencadear respostas, ora positivas ora negativas, em situações stressantes, cabendo ao enfermeiro actuar como mediador entre a objectividade técnica e a subjectividade humana; capacitando as pessoas a criarem mecanismos de adaptação que possam diminuir as respostas negativas; favorecendo a sua vivência e facilitando a sua adaptação à nova situação de saúde.

“A eficácia com que a enfermeira pode auxiliar a pessoa na promoção da adaptação depende da compreensão da situação e colaboração da enfermeira com a pessoa.” Roy e Andrews (2001,p.65)

Apresenta-se de seguida um quadro sucinto, onde se explica o processo de enfermagem, aplicado a um doente com EAM, segundo a Teoria de Adaptação.

Quadro 2 - Processo de Enfermagem aos doentes com EAM: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Callista Roy

MODO DE ADAPTAÇÃO	ESTÍMULO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	ACÇÕES DE ENFERMAGEM
MODO DE AUTO-CONCEITO	FOCAL: - Doença: EAM, angina e insuficiência coronária.	ALTERAÇÃO NA MANUTENÇÃO DA SAÚDE	- Explicar ao doente, qual é a doença que tem, e possíveis causas e tratamentos. -Orientar o doente a respeito do EAM e da sua situação de saúde. -Permitir ao doente expressar as suas dúvidas, inquietações e preocupações.
MODO DE AUTO-CONCEITO	FOCAL: - Significado do órgão doente. CONTEXTUAL: - Desconhecimento relacionado com o EAM. - Ambiente hospitalar. - Expectativa de melhoria clínica. RESIDUAL: - Informações sobre experiências de conhecidos. - Informações transmitidas entre amigos e familiares.	ANSIEDADE	-Procurar manter uma atitude receptiva e de interesse para com o doente. -Permitir ao doente manifestar os seus sentimentos, a fim de compreender a sua vivência. -Aplicar estratégias de apoio e confiança. -Orientá-lo sobre o EAM, o que pode sentir, complicações, as precauções a ter, de modo compreensível. -Evitar os falsos apoios. -Tentar transmitir sentimentos e emoções positivas de carinho.
MODO DE AUTO-CONCEITO	FOCAL: - Doença e repercussões. CONTEXTUAL: - Medo da morte. - Medo de dor no peito. - Medo do desconhecido. - Incerteza quanto ao que pode acontecer no futuro. RESIDUAL: - Experiências anteriores. - Relatos de depoimentos de amigos e familiares.	MEDO	- Escutar atentamente os medos e preocupações, ou seja, os sentimentos que estão a tornar o dia-a-dia difícil. - Explicar que actualmente a medicina está evoluída e que após um episódio de EAM é possível o doente retomar a sua vida. - Orientá-lo sobre cuidados a ter após o EAM. -Esclarecer possíveis dúvidas. -Esclarecer sinais e sintomas do EAM.

MODO FUNÇÃO DE PAPEL	FOCAL - Doença. CONTEXTUAL: - Internamento. - Responsabilidades familiares. - Incerteza quanto ao futuro. RESIDUAL: - Sentimentos de impotência.	ALTERAÇÃO DO PROCESSO FAMILIAR	-Realçar que o internamento será importante para o diagnóstico e tratamento correctos, permitindo o retorno das suas actividades e responsabilidades.
-------------------------------------	---	---	--

Adaptado de Freitas e Oliveira (2006)

CAPÍTULO II
PERCURSO METODOLÓGICO

1 - Opções Metodológicas

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação que é considerada como a problemática, causa um mal-estar, uma inquietação e que, conseqüentemente, exige uma explicação ou pelos menos uma compreensão por parte do investigador. Fortin (1999)

Neste sentido, a experiência como enfermeira numa unidade coronária, habituou-nos a um questionamento frequente sobre o impacto do EAM nos doentes. Por este motivo, este estudo surge pela necessidade de compreender a evolução e adaptação da pessoa com EAM à sua nova situação de saúde, uma vez que, muitas vezes os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros hospitalares, perdem o contacto com estes doentes no pós-hospitalar.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) nenhuma problemática surge ao acaso, esta poderá resultar da experiência clínica, literatura de enfermagem, dos aspectos sociais, das teorias e das ideias de outras pessoas. As razões para a escolha do tema resultam essencialmente da nossa experiência profissional.

Neste sentido, a experiência como enfermeira numa unidade coronária, habituou-nos a um questionamento frequente sobre o impacto do EAM nos doentes.

Este estudo surge pela necessidade de compreender a evolução e adaptação à sua nova situação de saúde, uma vez que, muitas vezes os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros hospitalares, perdem contacto com a realidade/dificuldades destes doentes no pós-hospitalar.

A importância de estudar este tema baseia-se no facto de que uma investigação que proporciona conhecimentos e compreensão sobre os doentes com EAM, nomeadamente no género masculino, pode transformar-se numa fonte de informação que poderá permitir desenvolver uma série de intervenções de enfermagem ajustadas e integradas para cada indivíduo.

Assim, a inquietação central deste estudo é compreender o impacto que o EAM tem na vida do doente do género masculino.

A nossa opção pelo género masculino deve-se ao facto de alguns estudos de investigação referirem que os homens apresentam maior risco cardiovascular que as mulheres e para nós isso constitui-se uma inquietação e nesta perspectiva Giannini, Forti e Diamant (2000, p.31) referem: *“Os homens apresentam maior risco de doença arterial coronária que as mulheres em qualquer faixa de idade, embora as causas desta doença não estejam bem compreendidas”* e Pereira (2000, p.65) menciona *“ O EAM atinge fundamentalmente indivíduos do sexo masculino em escalões etários elevados”*.

O estudo que se pretende levar a cabo pretende ser uma reflexão sobre a problemática do EAM, procurando obter respostas para um conjunto de questões de investigação que nos surgiram:

- Qual o impacto que o EAM apresenta na vida dos doentes?
- Que sentimentos experienciam os homens com EAM?
- Que necessidades são susceptíveis de carecer da compreensão dos enfermeiros?
- Quais as mudanças e adaptações que o doente apresenta no que diz respeito a estilos de vida saudáveis?

1.1 - Objectivos

Fortin (1999) defende que os objectivos são enunciados que indicam o que o investigador tem intenção de realizar no estudo.

De forma a clarificarmos e compreendermos a problemática do homem com EAM, definimos então os seguintes objectivos:

- Descrever a problemática do homem com EAM;
- Perceber as repercussões físicas, sociais, psicológicas da pessoa com EAM;
- Compreender as mudanças e adaptações do doente no que diz respeito a estilos de vida saudáveis.

1.2 - Tipo de estudo

Na fase metodológica, o investigador determina os métodos que poderá utilizar para a obtenção das respostas às questões de investigação colocadas. (Fortin, 1999)

De acordo com Polit e Hungler (2000), os investigadores naturalistas tendem a colocar em relevo os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, captando-os do contexto de quem os experimenta.

Escolhemos o método de pesquisa qualitativo, porque esta metodologia aplicada à saúde é ampla e oferece ao investigador a possibilidade de captar o modo como os indivíduos pensam e reagem frente a determinadas situações, permite compreender a dinâmica e as mobilizações que as pessoas envolvidas no processo de saúde-doença vivenciam e auxilia na aproximação dos sentimentos, crenças e atitudes. Dias et al. (2004).

Já Lobiondo-Wood e Haber (2001, p.123) referem que *“As abordagens qualitativas abarcam a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas. O pesquisador que usa essa abordagem acredita que seres*

humanos únicos atribuem significado às suas experiências e que delas derivam-se do contexto da vida.”

Este método tem grande significado para a investigação em saúde, uma vez que as estratégias utilizadas implicam um grande contacto do investigador com os sujeitos de estudo. Por outro lado, quem utiliza o paradigma qualitativo enfrenta a complexidade da subjectividade. Para Creswell (1994), no paradigma qualitativo, o investigador intervém no estudo, no entanto, os seus valores não devem interferir com o mesmo. O mesmo autor considera que o estudo qualitativo propõe-se a perceber os problemas humanos e cuja base assenta na construção de uma perspectiva complexa e holística.

Bogdan e Biklen (1994) enfatizam na investigação qualitativa cinco características importantes: a fonte directa de dados é o ambiente natural, este tipo de investigação é descritiva, os investigadores interessam-se muito mais pelo processo do que pelos resultados e o investigador analisa os dados de uma forma indutiva, sendo que o significado é de importância relevante na investigação qualitativa.

O nosso estudo é descritivo-exploratório. Como refere Fortin (1999) os estudos descritivos têm como objectivo a caracterização do fenómeno pelo qual alguém se interessa. Além disso, é objectivo dos estudos descritivos precisamente descrever os factores determinantes ou conceitos que, possam estar associados ao fenómeno em estudo. Além disso, Fortin (1999) e Hesbeen (2001), defendem que neste tipo de estudo o objectivo do investigador não é o de determinar a verdade de um fenómeno, mas sim o de acumular o maior número de informações, a fim de perceber mais aprofundadamente os vários aspectos do fenómeno.

1.3 - Os Participantes do Estudo

Relativamente à selecção dos participantes do estudo, importa mencionar o modo como a população se constituiu em todo o processo de investigação. Assim sendo, tornou-se importante identificar a população-alvo. Polit, Beck e Hungler (2004) definem-na como aquela em que o investigador está interessado.

Utilizamos o método de amostragem intencional, já que seleccionamos os sujeitos como característicos da população em estudo. Assim, a nossa amostragem foi intencional. Este tipo de amostragem é a mais frequentemente utilizada na investigação qualitativa. Streubert e Carpenter (2002), considera que a amostra mais frequentemente utilizada na pesquisa fenomenológica é a intencional, já que esta se baseia na finalidade de partilhar o conhecimento específico de determinado fenómeno.

Para tal estudo realizamos um consentimento informado (anexo I), o qual incluía um pedido de autorização.

Realizamos este estudo na consulta de enfermagem de Cardiologia de um hospital central do norte, onde trabalhamos, uma vez que temos maior acessibilidade, rentabilizando o tempo, e podendo posteriormente melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para isso, obtivemos o consentimento do Conselho de Administração (anexo II) e contactamos o enfermeiro responsável da consulta de enfermagem para obtermos a listagem dos homens que frequentavam a consulta.

Conseguimos referenciar dez doentes e através de contacto telefónico aos doentes seleccionados, efectuamos uma apresentação pessoal, um rápido esclarecimento sobre a pesquisa e questionamos os sujeitos se aceitavam participar no estudo. Além disso, informamos os doentes dos objectivos do estudo. Perante a aceitação, agendamos a data e o local para a realização das respectivas entrevistas.

Relativamente à amostra pretendemos que esta não seja muito grande, já que se o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, amostras mais reduzidas são suficientes para obter informação sobre o fenómeno. Morse (1991).

Por outro lado, os pesquisadores que realizam investigação qualitativa são unânimes em referir que não há obrigatoriedade para com o tamanho da amostra. O mais relevante nos estudos qualitativos é a riqueza dos conteúdos transmitidos e a saturação dos dados.

Das 10 pessoas referenciadas inicialmente, conseguimos a participação de oito, já que dois desistiram de participar no estudo. Sendo assim, realizámos o estudo com oito participantes que se constituíram na nossa amostra.

Polit e Hungler (1995) referem que os critérios de elegibilidade são aqueles através dos quais são seleccionados os sujeitos para participar no estudo.

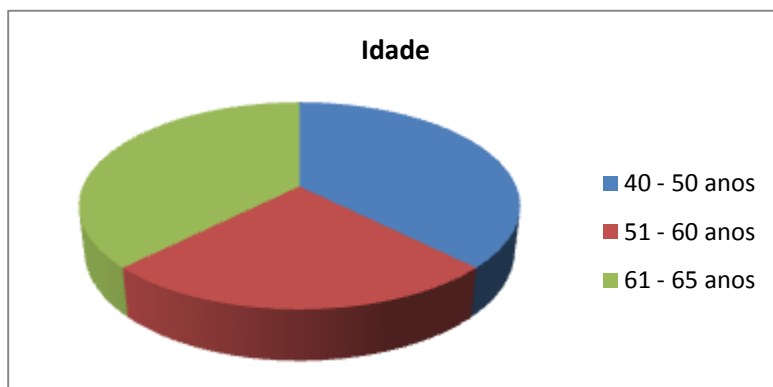
Para este estudo consideramos os seguintes critérios de inclusão:

- Género masculino;
- Idade compreendida entre os 40 e os 65 anos, inclusive;
- Ter apresentado pelo menos 1 EAM;
- Ter realizado ICP;
- Data do último EAM (entre 1-6 meses).

1.3.1 - Caracterização Sócio - Demográfica dos Participantes do Estudo

- **Idade**

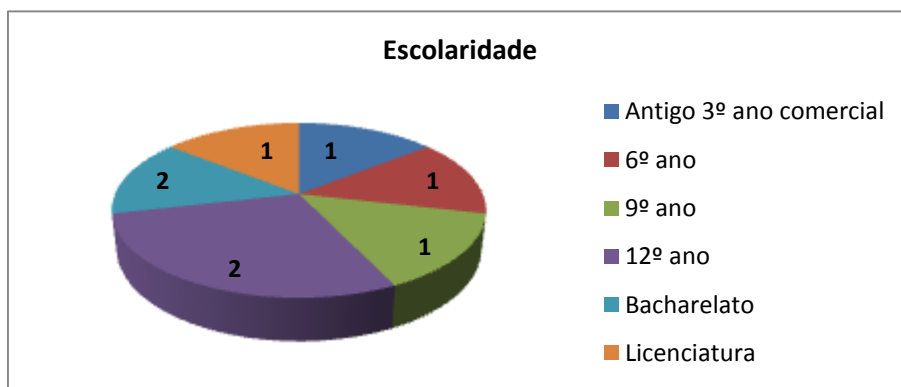
Gráfico 1 – Idade dos entrevistados (anos)



A idade dos entrevistados varia entre os 46 e os 62 anos, sendo a média de 54,13 anos.

- **Escolaridade**

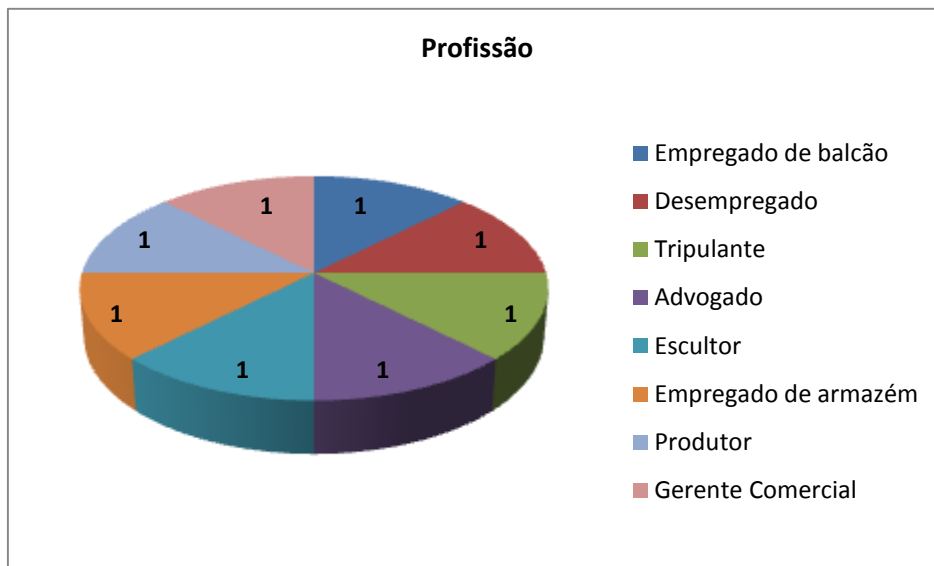
Gráfico 2 – Escolaridade dos entrevistados



Da análise do gráfico podemos constatar que a escolaridade dos entrevistados é muito diversificada. Temos indivíduos com a escolaridade básica até indivíduos com escolaridade superior (três dos entrevistados).

- **Profissão**

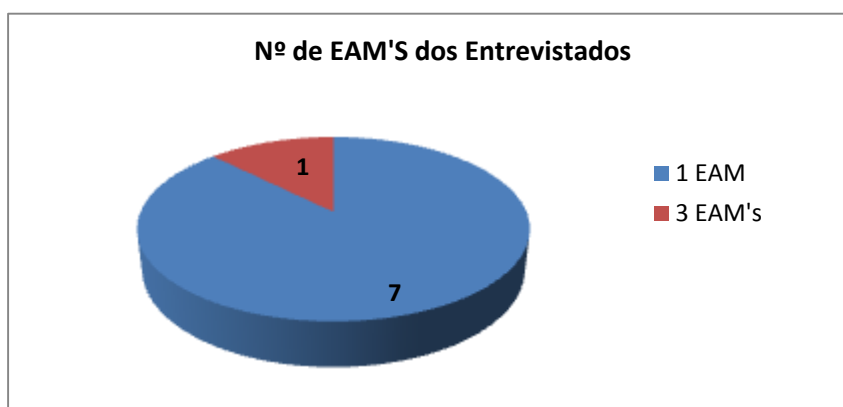
Gráfico 3 – Profissão dos indivíduos



Quanto à actividade profissional verificamos que sete dos entrevistados apresentam-se activos profissionalmente, sendo que apenas um se encontra desempregado. Os indivíduos apresentam uma grande diversidade de profissões, sendo que nenhum deles apresenta a mesma profissão.

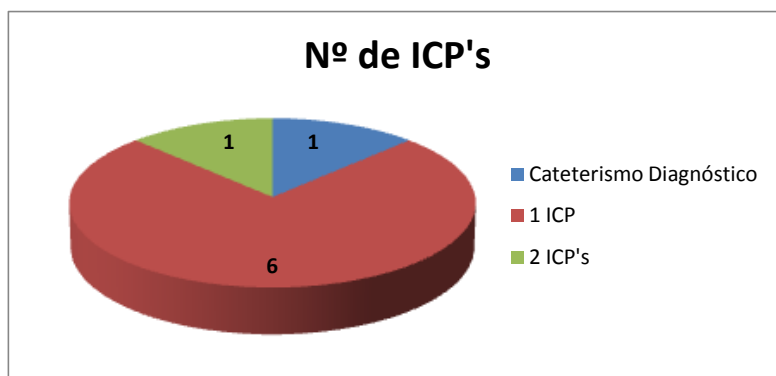
- **Número de EAM e ICP**

Gráfico 4 – Número de EAM 's



A maioria dos sujeitos do estudo apresentou apenas um EAM; enquanto um entrevistado apresentou três EAM.

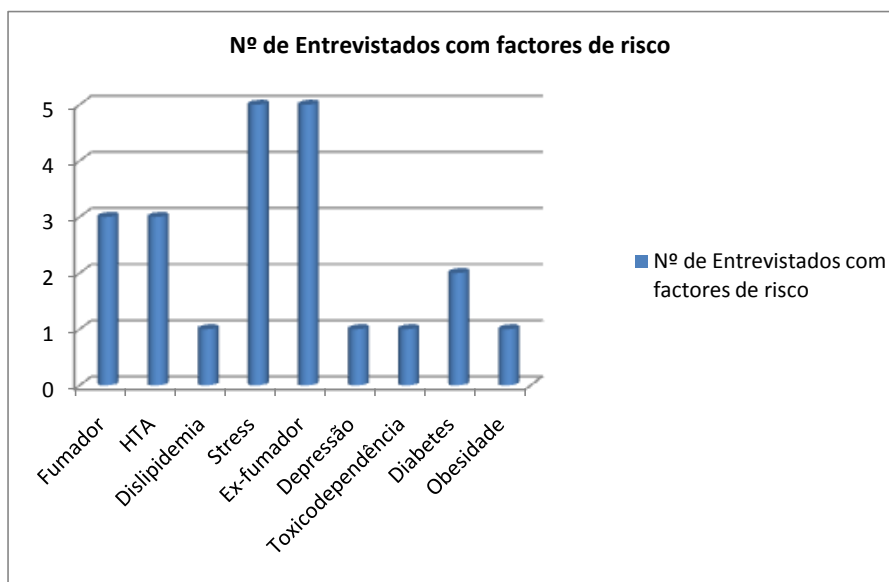
Gráfico 5 - Número de ICP 's



Relativamente ao nº de intervenções coronárias percutâneas verificou-se: apenas um indivíduo realizou cateterismo diagnóstico, seis realizaram apenas uma ICP, enquanto um dos sujeitos realizou já duas ICP.

- **Factores de risco e Doenças associadas**

Gráfico 6 – Factores de risco e doenças associadas



Da análise do gráfico podemos constatar que o factor de risco mais presente nos participantes do estudo foi o tabagismo (todos apresentam este factor de risco), sendo que cinco indivíduos são ex-fumadores e três continuam a ser fumadores. Este aspecto encontra-se em consonância com o que a DGS (2005) refere: o consumo de tabaco é, nos dias de hoje, a principal causa de doença e de mortes evitáveis. Estudos epidemiológicos confirmam a associação entre o tabagismo e 25% da doença isquémica cardíaca. De salientar, que o stress apresenta-se também como factor de risco prevalente (5 entrevistados) e logo a seguir aparece a HTA e a diabetes. Os factores de risco e doenças associadas menos prevalentes foram: a toxicodependência, a depressão, a dislipidemia e a obesidade (com apenas um entrevistado cada um).

1.4 - Instrumento de Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados que privilegiamos neste estudo é a entrevista, porque e parafraseando Bogdan e Biklen (1994, p.134) a entrevista é um método que permite *“recolher dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”*. Já Streubert e Carpenter (2002) defendem que a entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa, revelando-se numa excelente fonte de dados para a investigação.

O tipo de entrevista utilizado foi o de semi-estruturada (anexo III), assim é dada ao sujeito a possibilidade de exprimir as suas percepções de uma situação ou acontecimento, sem haver desvios dos objectivos da pesquisa. Para Polit e Hungler (1995) este tipo de entrevista caracteriza-se pela formulação de um guião, no qual estão integrados os vários temas a serem pesquisados e onde o entrevistado descreve a sua experiência sobre o assunto.

Efectuamos as entrevistas entre os meses de Janeiro a Abril de 2010 e foram realizadas no período considerado de um a seis meses após a data do último EAM. Tal como sugerem Bogdan e Biklen (1994), as entrevistas foram registadas magneticamente através de um gravador.

As entrevistas foram realizadas na consulta de enfermagem de Cardiologia, já que foi o local mais acessível e já de conhecimento para o doente. Achamos que foi um local propício para os nossos entrevistados, estes revelaram-se à vontade para colaborar e expor as suas experiências.

Numa primeira fase da entrevista, que não foi gravada, o entrevistador estabeleceu uma conversa informal com os respectivos sujeitos de estudo. Esta serviu para uma maior aproximação e maior à vontade dos participantes. Por outro lado, serviu para a

colheita de mais alguns dados que permitiram uma caracterização dos indivíduos. Foi nesta fase que se procedeu à assinatura do consentimento informado.

Ao longo da entrevista, tentámos manter uma atitude de grande interesse e criámos para o efeito um clima de confiança. No final da entrevista agradecemos a disponibilidade demonstrada. As entrevistas foram todas transcritas e tiveram, em média, uma duração de 30 minutos. Tratou-se de uma fase muito morosa mas ao mesmo tempo, ficamos familiarizados com os dados, o que se demonstrou de grande auxílio na análise. Em anexo IV, apresentamos uma entrevista exemplificativa.

1.5 - Considerações Éticas

A realização de um trabalho de investigação implica por parte do investigador uma responsabilidade pessoal e profissional, sendo que o conhecimento e respeito pelos aspectos éticos e morais revelam-se primordiais.

Segundo Fortin (1999) o investigador deve utilizar um protocolo de investigação incluindo neste os instrumentos de medida, um formulário de consentimento explicando os objectivos do estudo e a natureza da participação dos sujeitos. Já Bogdan e Biklen (1994) considera duas questões importantes relativas à ética em investigação: o consentimento informado e a protecção dos participantes contra qualquer dano.

Neste trabalho de investigação foram tomadas em consideração vários aspectos éticos:

- Pedido e obtida autorização para o estudo ao Conselho de Administração do Hospital do Norte (anexo II);
- Pedido e obtido o consentimento informado dos doentes que participaram no estudo (anexo I);
- Os participantes foram esclarecidos acerca da finalidade do estudo e da possibilidade de não participarem ou desistirem do mesmo;
- Os participantes foram informados da confidencialidade e anonimato das declarações.

1.6 - Tratamento e Discussão de dados

A análise de dados implica que o investigador analise a informação obtida durante a investigação. Para Bogdan e Biklen (1994, p.205), análise de dados envolve *“a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspectos importantes do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”*.

Para permitir uma análise em profundidade e com rigor de toda a informação obtida através das entrevistas, utilizamos como técnica a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo para Bardin (2008, p.31) consiste em um “conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

Na organização da análise de dados, foram seguidos os diferentes pólos cronológicos da análise de conteúdo apresentadas por Bardin (2008): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização, que corresponde a um período de intuições e tem como objectivo tornar operacionais e permitir a sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas. Está incluída nesta fase: a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação das hipóteses e dos objectivos e a execução de indicadores que fundamentem a interpretação final. Bardin (2008)

A exploração do material é a fase mais longa e trabalhosa e segundo Bardin (2008, p.127) consiste “em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”.

Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, transformação esta que através de recorte, agregação e enumeração, permite alcançar uma representação do conteúdo, ou da sua expressão. Bardin (2008)

Para este autor, a organização da codificação envolve três escolhas: o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias).

A fase do tratamento dos resultados obtidos e interpretação baseia-se essencialmente em tratar os resultados em bruto de forma a serem significativos e válidos. Através de resultados significativos e fiéis, podem-se propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objectivos previstos ou a descobertas inesperadas. Bardin (2008)

Segundo o mesmo autor, a maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se tendo por base um processo de categorização. A categorização é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”. Bardin (2008, p.145). Através deste processo definem-se então as categorias, que são definidas como sendo rubricas ou classes que reúnem um grupo

de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupamento esse realizado em função das características comuns destes elementos.

Pensamos que as etapas do processo de análise foram executadas de forma correcta e válida. Após fundamentarmos as nossas opções metodológicas passaremos à apresentação dos dados. Para Fortin (1999) a apresentação dos dados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes em relação às questões de investigação.

CAPÍTULO III
TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS

Neste capítulo vamos apresentar os dados obtidos através dos discursos dos participantes.

Como trabalho preliminar e como referem (Goetz e LeCompte 1998; Bogdan 1994; Bardin 2008) as entrevistas foram lidas e relidas e à medida que progredíamos na leitura fomos extraíndo unidades de registo/temáticas, categorias e subcategorias e ainda orientada por (Bardin 2008) fomos atribuindo códigos à medida que era clarificado o significado daquilo que líamos.

Posteriormente achamos por bem considerar preferencialmente os dados que dessem resposta às questões formuladas.

Gostaríamos de referir ainda que a análise não se processou de uma forma linear, nem sequencial mas evoluiu de uma forma cíclica e circular que requer muita paciência, imensa organização e muita perseverança. Gomes (1999)

Optámos por apresentar a análise e interpretação de dados em estudo relativamente às unidades temáticas encontradas, a referir:

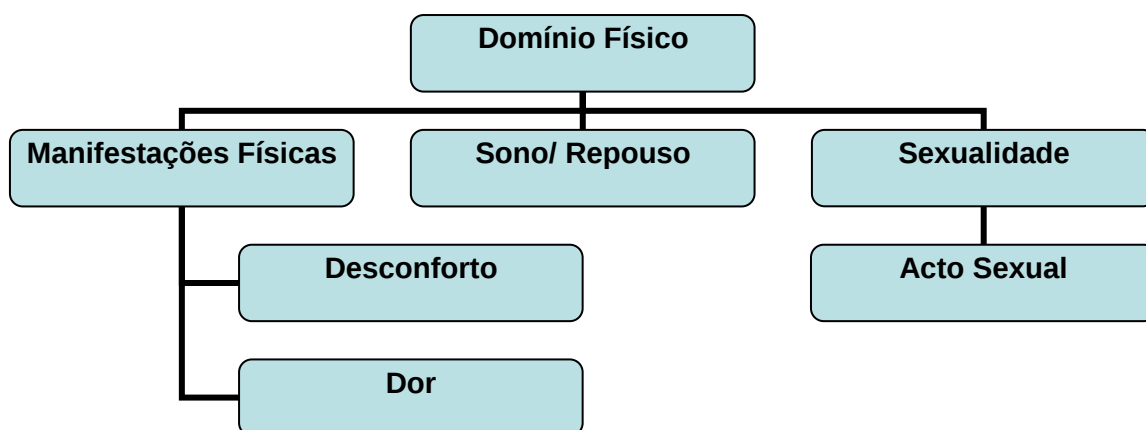
- Domínio físico;
- Estilos de Vida;
- Domínio psicológico;
- Relações familiares e sociais;
- Ocupação de tempos livres;
- Recursos;
- Religião e crenças.

No sentido de facilitar a organização e leitura dos dados a sua descrição é acompanhada pelos excertos das entrevistas que consideramos mais relevantes e significativos, tendo em consideração o processo de codificação realizado. Para isso, cada unidade de registo/temática é identificada a partir da fonte de informação que foi anteriormente codificada. Assim sendo, iremos recorrer alternadamente a dados narrativos evidenciados por excertos de entrevistas em itálico (E1, E2...), dados descritivos e interpretativos os quais vamos relacionar com as várias unidades temáticas.

Cada unidade temática será apresentada em forma de diagrama porque permite uma visão global facilitando uma leitura mais clara das categorias e subcategorias definidas. Após cada diagrama, apresentamos a análise fruto da nossa observação empírica, conhecimento do campo e fundamentação teórica. O investigador, e utilizando a sugestão de Bogdan e Biklen (1994) estando ciente dos seus conhecimentos teóricos, deverá utiliza-los para analisar os dados, e estes devem permitir realizar interpretações. E foi com base nesta premissa que iniciamos a análise que de seguida apresentamos.

1 - Domínio Físico

Diagrama nº 1 - Domínio Físico



Da análise realizada, no domínio físico, emergiram três categorias: **Manifestações físicas**, **Sexualidade** e **Sono/Repouso**.

Dentro da categoria **manifestações físicas** conseguiu-se discernir duas subcategorias: o **desconforto**, e a **dor**.

Em relação ao **desconforto**, podemos constatar que quatro dos nossos entrevistados apresentam essa manifestação física após o episódio de EAM e descrevem-na como: “...não é que sinta uma dor, sinto uma compressão” (E1), “...se pegar em coisas...eu sinto qualquer” (E5) e “...posso sentir aqui um bocado, uma dorzita aqui no peito”. (E8), nesta perspectiva também Maseri et al. (2001) referem que os doentes apresentam um desconforto, habitualmente retroesternal, associado ao esforço físico, após alimentação ou por uma mudança no estado emocional do doente.

Quanto à subcategoria **dor** seis dos entrevistados referem ter apresentado dor aquando do EAM e descrevem-na como: “...As minhas dores foram sempre nas costas e ombros” (E3), “Esta última vez, eu tive dores terríveis”. (E3), “Aquele dor eu nunca tinha tido... uma pressão intensa no peito...era sempre da mesma intensidade” (E4), “Uma dor desagradável, forte, angustiante, enjojo” (E5), “Um aperto muito grande, parece que está a apertar o coração” (E7). Este aspecto é corroborado por Soares-Costa (2005) ao referir que as manifestações físicas da dor do EAM caracterizam-se por quase não ter causa desencadeante; dura, quase sempre, mais de 30 minutos podendo durar horas e sendo intensa; habitualmente a dor é atípica, pouco intensa e raramente pode estar ausente; é acompanhada por outros sintomas, tais como náuseas, vômitos, arritmias...; ao contrário

do que acontece com a angina de peito, não é aliviada pelo repouso nem pela administração de nitratos, apenas opiáceos.

Leon e Morris (1996) referem que o EAM corresponde ao desenvolvimento agudo ou súbito, de uma área localizada, de necrose do miocárdio, em resultado de isquemia grave, secundária a um fluxo sanguíneo e/ou a uma oxigenação inadequados, deste modo, muitas vezes as dores apresentadas pelos doentes com EAM, iniciam-se por uma típica dor anginosa, mas que com um estudo mais aprofundado vem-se a revelar um EAM. Neste aspecto também Soares-Costa (2005, p.37) consideram: *“A redefinição clínica de EAM engloba todas as necroses miocárdicas provocadas por isquemia, seja qual for o seu tamanho. Assim, muitos doentes que foram diagnosticados como sofrendo de uma angina instável seriam hoje diagnosticados como tendo um EAM de tamanho pequeno.”*

A dor anginosa habitualmente é descrita como um desconforto. No EAM o doente descreve habitualmente uma dor intensa que não regride com o repouso.

Assim sendo e depois desta análise existem doentes que nos descrevem dores tipicamente de angina de peito, uma vez que alguns dos sujeitos apresentam apenas alguns desconfortos associados ao esforço e outros doentes relatam dores mais intensas típicas do EAM. Por outro lado, os desconfortos descritos por alguns doentes surgem no período pós EAM, quando já estão em casa, em que muitas vezes o miocárdio em resultado do EAM fica com algumas sequelas, nomeadamente com alterações da sua função: *“...mas às vezes eu sinto aquelas pontadas. Depois aquelas pontadazitas só quando fui para casa”* (E6), *“Se pegar em coisas... Eu sinto qualquer”* (E5).

Obviamente, que sendo a dor uma percepção subjectiva é variável de doente para doente.

A definição que actualmente se faz da dor é que ela é um fenómeno biopsicossocial, resultando da combinação de factores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais. Silva (2008)

Assim sendo, a dor ou desconforto relatada pelos sujeitos do estudo são de alguma forma subjectivos, não podendo estar dissociados dos vários factores mencionados anteriormente.

Na categoria **sono**, quatro entrevistados relatam que não apresentam alterações de sono/ repouso: *“Durmo bem”* (E2), *“Quando estive nos cuidados intensivos dormia”* (E4), *“Dormia bem”* (E8).

Dois dos entrevistados referem que tiveram alterações de sono/repouso: *“... tinha noites que não dormia, passava a noite em claro”* (E6), *“eu estava convencido que teria de estar acordado para estar alerta de algo que pudesse novamente acontecer. Depois*

com o tempo fui-me apercebendo que teria que abandonar essa ideia” (E1), nesta perspectiva e no nosso entender, o doente após uma situação de doença apresenta um período de adaptação a vários níveis. Como refere Pereira (2007) o estado de doença e incapacidade apresentam um impacto diferente de pessoa para pessoa no que concerne às suas expectativas e competências de mestria face à situação. Alguns indivíduos conseguem adaptar-se facilmente a uma nova situação de vida/ doença enquanto outros não. Desta forma, o sono e o repouso podem sofrer alterações, até porque alguns destes doentes crónicos podem desenvolver estados emocionais que desencadeiam alterações a esse nível e como refere Ferreira (2004, p.79) *“Pela própria natureza da sua doença, os doentes coronários estão sujeitos a um stress emocional e particular”*. A mesma autora, citando Ladwing et al. (1991) considera que existe um elevado número de doentes que após a fase aguda do EAM mostram sintomas de estado depressivo com formas mal-adaptativas. Por outro lado, algumas destas alterações de sono e repouso associam-se a alguns medos que os doentes cardíacos podem apresentar, nomeadamente o “medo da morte”, o “medo de ter novo EAM”, entre outros.

Na categoria **sexualidade**, conseguiu-se depreender a subcategoria **acto sexual**.

Em relação a esta subcategoria, os sujeitos de estudo relataram várias e diferentes experiências do acto sexual em si.

Dois entrevistados revelam que o acto sexual mantém-se, tendo sido relatado como bom: *“A minha actividade sexual é boa”* (E1), *“Mantém-se”* (E5).

Dois entrevistados referem que esta prática se alterou, que antes seria melhor que actualmente: *“Agora acalmou um bocadinho”* (E2), *“Melhor antes que depois”* (E4).

Um entrevistado menciona que evita o acto sexual: *“Evito tê-lo com a mesma assiduidade que tinha antes do EAM”* (E3).

E três doentes consideram que sentiram inicialmente alguma alteração, mas que com o tempo melhorou: *“Fui avisado...você durante 30 dias esqueça...da primeira vez...há sempre uma reacção no corpo”* (E8), *“A seguir ao EAM alterou um bocado...agora já está normal”* (E7), *“Agora de início não, mas agora está normalizada”* (E6).

Depois da análise realizada, faz todo o sentido descrever a diferença entre acto sexual e sexualidade. Claro está que são conceitos diferentes.

“Os comportamentos envolvendo os genitais e as zonas erógenas remetem para aquilo que podemos designar como actos sexuais, enquanto a combinação destes factores psicossociais das emoções, atitudes e interacções (...) constituem a essência da sexualidade”. Drench (1992) citado por Cardoso (2006, p. 145)

O EAM interfere na actividade sexual dos doentes, como pode ser compreendido pelos relatos aqui expostos. Isto tem sido relatado basicamente por duas razões primordiais: pelo diagnóstico de EAM e todas as implicações psicológicas que tal "marca" acarreta, como ansiedade, medo da morte, restrição na actividade física e pela necessidade do uso de diversos fármacos capazes de produzir efeitos adversos que prejudicam a performance sexual. Stein (2005)

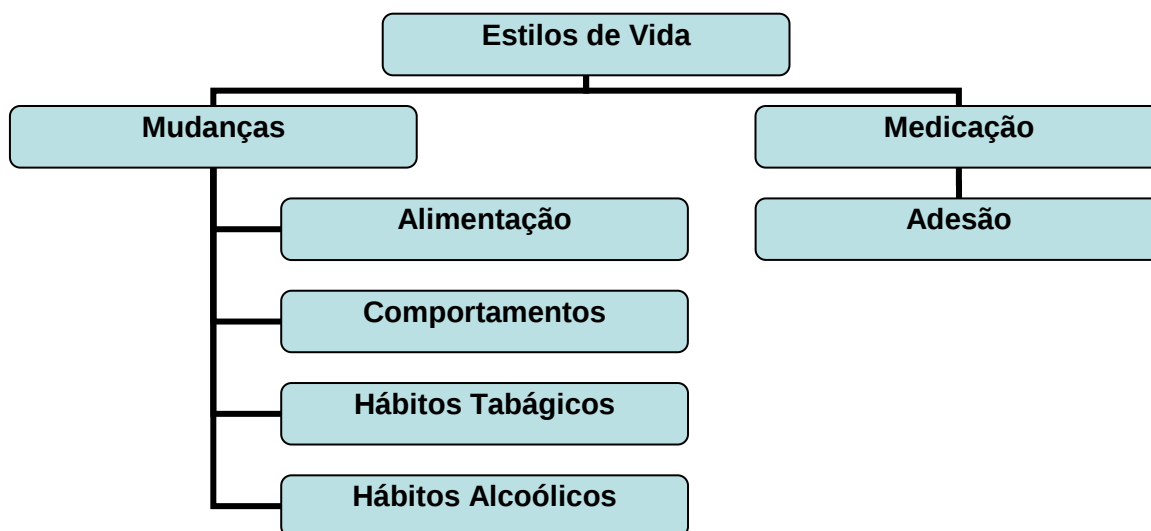
Segundo Thorson (2003) metade dos indivíduos retomam a vida sexual com algum grau de diminuição de frequência e/ou intensidade e que os 25% restantes não retomam a sua actividade sexual. Tais números representam um espectro mais funesto quando nos referimos à insuficiência cardíaca. Há diversas explicações para uma actividade sexual reduzida após eventos cardíacos, dos quais podem ser citados medo da morte durante o coito ou reinfarte, dispneia, ansiedade, angina de peito, exaustão, alterações no desejo sexual, depressão, perda da libido, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge, além de sensação de culpa. Rerkpattanapipat, Stanek e Kotler (2001)

Os fármacos para tratamento cardiovascular apresentam uma grande ligação com o sexo. Praticamente todas as classes de fármacos usados no tratamento das doenças cardiovasculares podem conduzir a alterações na actividade sexual. Os fármacos que por norma causam disfunções sexuais são os anti-hipertensivos e os diuréticos Rerkpattanapipat, Stanek e Kotler (2001). Portanto, alguns dos nossos entrevistados ao relatarem que existe uma alteração efectiva, tal como *"Agora acalmou um bocadinho"* (E1) e *"Melhor antes que depois"* (E4) pode estar relacionado com a toma de fármacos. Enquanto os restantes, os que evitam o acto sexual e os que sentiram alteração no início mas que com o tempo melhorou efectivamente pode relacionar-se quer com a medicação, quer com um processo de adaptação ao diagnóstico de EAM. Por outro lado, as alterações de comportamento sexual podem relacionar-se com o diagnóstico de EAM e todas as implicações psicológicas que tal acarreta, como a ansiedade, os vários medos, as próprias restrições iniciais ao acto sexual (como refere *"Fui avisado...você durante 30 dias esqueça"* - E8).

Efectivamente este processo de retorno da actividade sexual é um processo moroso e revela-se de grande importância para os doentes. Assim sendo os doentes e os seus cônjuges devem receber todas as orientações sobre a sua actividade sexual de forma a facilitar todo este processo.

2 - Estilos de Vida

Diagrama nº 2 - Estilos de Vida



No domínio Estilos de vida emergiram, com a análise das entrevistas, as seguintes categorias **mudanças** e **medicação**.

Estilo de vida é um modo de vida baseado em padrões modificáveis de comportamentos determinados pela interação entre as características pessoais do sujeito, as interações a nível social e as condições socioeconómicas de vida. OMS (1998)

O estilo de vida reflecte-se na saúde. A sua modificação ou mudança poderá criar condições para uma vida mais longa e com melhor qualidade. André (2005).

Assim sendo, faz todo o sentido o doente coronário mudar o seu estilo de vida de forma a modificar factores de risco e deste modo, reduzir a possibilidade de ocorrência de um novo EAM.

Dentro da categoria **mudança** emergiram as seguintes subcategorias: **alimentação**, **comportamentos**, **hábitos tabágicos** e **hábitos alcoólicos**.

Na categoria **mudanças**, e em relação à subcategoria **alimentação** podemos constatar que um dos entrevistados, não apresentou mudanças no tipo de alimentação: *“Muito pouco, porque os meus hábitos alimentares são sempre os mesmos”* (E5).

Os restantes entrevistados, demonstraram mudanças drásticas relativamente aos hábitos alimentares: *“Alterei muito. Eu só como cozidos e grelhados”* (E2) e *“Completamente, antes eu comia de tudo, mas deixei completamente”*. (E4). Na nossa

opinião, os doentes coronários, na sua maioria, alteraram a sua dieta, de forma a reduzirem os factores de risco associados à doença cardíaca, nomeadamente uma alimentação não cuidada. Desta forma, a dieta é um importante indicador do risco cardiovascular e neste sentido, estudos realizados revelaram os benefícios da dieta de tipo mediterrâneo, rica em cereais, peixe, leguminosas, azeite, fruta, vinho e pouca carne, ajuda na prevenção da doença coronária. Declaração de Consenso Internacional sobre Gordura Alimentar, a Dieta de tipo Mediterrâneo e Saúde ao Longo da Vida (2000).

Na subcategoria **comportamentos**, três entrevistados apresentam mudança de comportamentos: “*mais vontade de viver a vida sem responsabilidades*” (E3), “*eu tenho vontade de andar a pé*” (E5) e “*tem a preocupação de caminhar 1 vez por dia... O fumar nem cheirar...Também não bebo...*” (E6); destes relatos podemos inferir que os entrevistados revelam uma vontade de mudança de comportamentos e nesta perspectiva Pereira (2000) considera que num doente vítima de EAM, a sua disposição para adoptar novos comportamentos dependerá da percepção que o doente faz sobre a possibilidade de reenfatar e das consequências deste acontecimento na sua saúde futura. O mesmo autor menciona que face a uma ameaça, o doente avalia a sua acção em termos de benefícios potenciais, ponderando as dificuldades à adopção de comportamentos e dos seus custos. Já Ogden (2004) considera que o comportamento de saúde é consequência de uma série de fases racionais: o indivíduo avalia os prós e os contras de um comportamento, analisa a gravidade de uma doença potencialmente perigosa e decide posteriormente como deve agir. Segundo o mesmo autor, citando Leventhal e colaboradores (1985) existem um certo número de factores que predizem os comportamentos de saúde, tais como: a aprendizagem, as normas sociais, a genética, factores emocionais (ansiedade, stress, medo), crenças do doente e profissionais de saúde e sintomas percebidos.

Na subcategoria **hábitos tabágicos**, quatro entrevistados alteraram drasticamente os seus hábitos: “*Tive de alterar o tabaco, tive de reduzir*” (E3), “*Fumava dois maços e agora nenhum*” (E4), “*Antes do EAM bastante...Depois Nada*” (E7). Assim uma mudança ou alteração nos hábitos tabágicos por parte dos doentes que apresentaram um EAM torna-se importante e tal é reconhecido pelos sujeitos entrevistados. Além disso, como refere Castro (1999) o abandono deste hábito diminui até 50% a incidência de novo EAM.

Dois dos entrevistados mudaram apenas a marca do tabaco ou mudaram para cigarrilhas: “*Reduzi ou melhor, mudei de marca*” (E2) e “*Depois fui para as cigarrilhas*” (E5).

De facto, o tabagismo constitui o factor de risco modificável mais importante na doença coronária e a principal causa de morte evitável nos países desenvolvidos. André (2005). Como refere Thelan et al. (1996) o risco de doença coronária é proporcional ao número de cigarros fumados por dia.

Em relação à subcategoria **hábitos alcoólicos**, apenas 3 sujeitos manifestaram algumas modificações, percepcionadas nos excertos de discurso: “*Não bebo. Mas nunca fui muito de beber*” (E2), “*Mantenho, não bebo bebidas brancas*” (E5) e “*Mas antes bebia mais*” (E6). Portanto, todos os entrevistados apresentaram algumas mudanças/alterações a nível de hábitos alcoólicos. Nenhum deles reduziu drasticamente.

Como refere Mamede e Pastore (2004) a ingestão diária e moderada de vinho pode promover a saúde e prevenir o risco de incidência de doenças cardíacas e certos tipos de cancro. O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes (2003) promove a redução da prevalência de consumidores excessivos de álcool: <16 gr de etanol/ dia nas mulheres e 24gr/dia nos homens. Desta forma, o consumo não deverá ser ultrapassado, já que o excesso de álcool poderá tornar-se efectivamente num mau aliado e potencialmente um factor de risco desencadeante de eventos cardíacos. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares de 2006, os factores de risco vascular como o tabagismo, excesso de álcool, sedentarismo e obesidade, aumenta, de forma significativa, o risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Em relação à categoria **medicação** conseguiu-se depurar a subcategoria **adesão**. Seis entrevistados, aderiram à medicação, demonstrado nos discursos: “*Eu tomo a medicação toda*” (E2), “*eu tenho consciência que tenho de tomar*” (E3), “*depois do EAM tomo a medicação toda*” (E8). Fica bem evidente que os nossos entrevistados, após o evento de EAM, evidenciam uma elevada adesão à toma da medicação. A adesão é definida, segundo o ICN (2010, p. 85) citando a WHO (2003), como sendo “*a medida em que o comportamento de uma pessoa - tomar a medicação, seguir uma dieta, e ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde*”. No nosso entender, o envolvimento dos doentes no seu tratamento é actualmente um componente fundamental em diversas patologias crónicas nomeadamente na cardíaca. Deste modo, a percepção por parte do doente da importância e necessidade de estabilização e a sua aquisição por intermédio do cumprimento do esquema terapêutico sugerido, constitui-se numa fase muito importante para uma contínua melhoria da adesão terapêutica. A maioria das terapêuticas pode ser

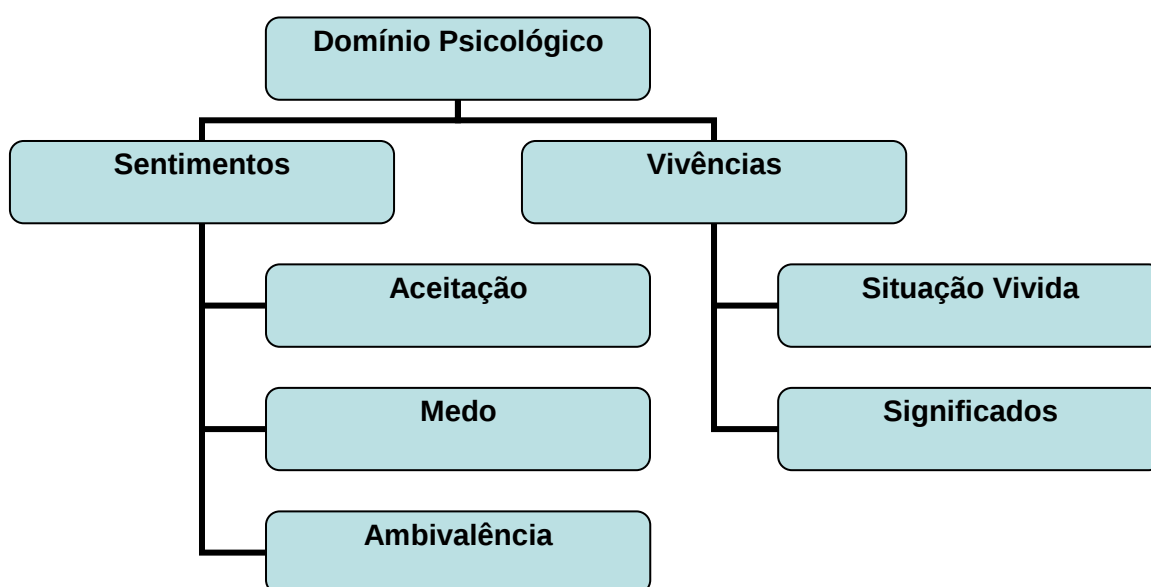
auto-administrada, pelo que é de todo conveniente a promoção do controlo e monitorização da própria doença.

“A não adesão às terapêuticas crónicas é um problema de etiologia multi-factorial. Os problemas de adesão verificam-se em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde”. Bugalho e Carneiro (2004, p.10)

Os mesmos autores referem ainda que a má adesão à terapêutica em doenças crónicas é responsável pelo agravamento da doença e consequente aumento de custos em medicação e hospitalizações. Segundo Bennet (2002) a não adesão resulta de vários factores, tais como: a compreensão do regime de tratamento por parte do doente, a recordação da informação fornecida, a satisfação com a consulta em que é dada a informação, a complexidade dos tratamentos, os custos e os benefícios associados à adesão, as crenças e as estratégias de coping adoptadas pelo indivíduo para enfrentar a doença. Actualmente, cerca de 50% dos doentes em países desenvolvidos não seguem a terapêutica recomendada, com implicações negativas para o doente e para o Estado.

3 - Domínio Psicológico

Diagrama nº 3 - Domínio Psicológico



No domínio psicológico conseguimos depurar duas categorias: **sentimentos** e **vivências**.

Da categoria sentimentos conseguiu-se depreender três subcategorias: **aceitação**, **medo** e **ambivalência**. Defendendo esta perspectiva, vários autores fazem referência a que o EAM é vivido como uma ameaça vital imediata e grave, pelo que o diagnóstico muitas vezes inesperado coloca o doente numa situação de crise. Como refere Ferreira (2004, p.79), citando Marín (1995), *“o aparecimento da doença supõe uma situação de crise pelo impacto que tem na vida da pessoa, e uma ruptura no seu comportamento e modo de vida habitual gerando uma situação de desequilíbrio.”* Essa situação de crise, pode levar a alterações emocionais e daí poderá resultar surgimento de sentimentos positivos e negativos face à doença. A mesma autora faz referência a que os doentes, após a fase aguda do EAM, apresentam formas mal adaptativas de padrão de pensamento e atitudes disfuncionais.

Em todo o percurso de doença, as pessoas vítimas do EAM são acompanhadas por vários sentimentos decorrentes do processo de reorganização que a adaptação a uma nova doença implica, neste sentido Ferreira (2004, p.82) refere que *“ a adaptação psicossocial à doença coronária é determinada por múltiplos factores, entre eles destacamos as características do comportamento, estados emocionais, como a ansiedade e depressão, exaustão vital e o suporte social percebido”*.

Um dos sentimentos que é largamente descrito pelos nossos entrevistados é o **medo**. Os medos que os doentes coronários apresentam após um evento são muito diversificados. Alguns referem-se ao **medo** de ter **dor no peito** como *“tenho medo de dor no peito... a gente tem sempre medo, um certo receio, e nunca sabe quando é que pode existir dor ou pode não existir dor”* (E1). Outros relatam o **medo** de ter **outro EAM**: *“Tenho medo de ter outro EAM”* (E4), *“...tinha medo que tivesse qualquer coisa e em cima do cavalo...”* (E3), *“espero que não volte a ter outro EAM”* (E5). Um dos medos mais relatado foi o **medo da morte** e da associação que fazem do EAM à morte: *“mas o medo eu acho que foi, sinceramente, foi o ter consciência que um dia eu iria partir custasse o que custasse, ou custe o que custar”* (E1) *“Tenho medo de morrer”...*(E4) *“Tenho muito medo da morte”* (E6), *“Tive medo de ...que já não sairia daqui do hospital “* (E7), neste sentido Rosenman (1988) considera que os doentes após um EAM têm a possibilidade de dependência, alterações nas relações familiares e profissionais e o medo da morte.

Outro dos medos mais relatado foi o **medo de ficar dependente** e de **perda de qualidade de vida**: *“os meus receios são ficar dependente”* (E3), *“Viver sem qualidade de vida, a dependência. É o que mais me assusta”* (E5), *“perda da qualidade de vida isso aí assusta-me”* (E5). É também mencionado pelos doentes o **medo de adormecer**: *“tinha medo de adormecer “* (E6) e o **medo do hospital**: *“E de ir ao sitio onde estive. A sério, tenho muito medo”* (E6). Estes relatos sobre os vários medos vão de encontro ao que diz Brouette (1998) citado por Ferreira (2004) quanto ao processo de adaptação à doença

coronária, no qual os doentes podem desenvolver uma reacção regressiva que se caracteriza pelos doentes se deixarem invadir pelo medo, estarem atentos a todos os sintomas e por demonstrarem excesso de prudência.

Outro sentimento descrito foi a **aceitação**. Este sentimento de aceitação demonstrou-se perante a possibilidade de morte e perante o diagnóstico de EAM, este aspecto é perspectivado pelos relatos dos doentes: *“Eu estou cá enquanto deus quiser, eu sei lá”* (E2) *“Vou vivendo o dia-a-dia”* (E4) *“Nunca me preocupei com a morte, nem antes, nem depois dos EAM’s ...”* (E3) *“Acho que é melhor viver o dia-a-dia, não pensar no futuro”* (E7). Estes relatos vão mais uma vez de encontro ao que diz Brouette (1998) citado por Ferreira (2004) quanto ao processo de adaptação à doença coronária, no qual os doentes podem desenvolver uma reacção adequada, o doente aceita a sua doença, bem como as restrições e alterações, existe uma boa reestruturação da vida familiar, profissional e social.

Os sujeitos do estudo mencionaram também a **ambivalência** como sentimento quando falam na morte. Este aspecto demonstra-se através dos relatos: *“A morte tem coisas boas e coisas más”* (E5), *“Pensa-se muitas vezes. Não sei, talvez como um alívio, uma coisa...não sei. Associei o EAM à morte”* (E7).

Quanto à categoria das **vivências** conseguimos definir duas subcategorias: **a situação vivida** e os **significados**.

Para Silva, (2008, p.115) vivências são *“o significado duradouro de uma situação vivida, em que este carácter de permanência resulta da interpretação dada pela pessoa à experiência que viveu. É o significado atribuído por cada pessoa a partir da interpretação do que viveu. Trata-se não só do que viveu/experimentou mas também do modo como viveu/experenciou e do significado atribuído.”* Já Pereira (2000, p.102) considera que vivência é *“saber resultante de uma experiência, um saber formado, um conhecimento adquirido através de uma história pessoal de vida, singular e, portanto único, que representa a interioridade de cada pessoa e, por conseguinte irreduzível a qualquer conceito geral.”* No nosso entender e depois de uma análise aprofundada, vivências são situações vividas, interpretações e significados que a pessoa na sua individualidade e de acordo com o seu conjunto de crenças e valores experiencia. As vivências apresentam uma multidimensionalidade, interioridade e estão implícitas ao corpo e ao estado de espírito. Através de uma análise das vivências do doente com EAM conseguimos compreender melhor a experiência do doente com EAM. Desta forma, consideramos que as vivências são uma categoria importante da nossa análise, isto apresenta-se concordante com que Pereira (2000, p.52) menciona: *“Cada doente tem a sua própria*

história para contar e por isso a escuta terá que ser personalizada para que se possa captar os significados únicos da sua vivência da doença no seu contexto de vida”.

Quanto à **situação vivida**, os doentes relataram diversos aspectos relacionados com a **experiência nos cuidados intensivos coronários**: “A mim custou-me mais por estar preso nos cuidados intensivos...Não se pode fazer nada. Sabe como é.” (E1), “Nessa noite estava lá uma pessoa que estava muito mal e de facto provocava...Algum incómodo, alguma agitação naquilo...” (E1) “Para urinar custou-me imenso. Urina-se com o urinol. É de papel. O tempo que estive lá não consegui fazer nada. Quando disseram que eu ia para a cardiologia, fui logo” (E4) “Eh, isso é que foi péssimo. Sim por uma razão muito simples, 1º porque gosto de dormir de bruços... e aqui com os aparelhos estava limitado nesse aspecto, gosto de uma superfície dura, aqui é mole” (E8), “Os músculos, o principal quem está aqui 5 dias parado..., não tem actividade, depois nota” (E4) e nesta perspectiva Pereira (2000) refere que o doente na unidade de cuidados intensivos apresenta uma vivência marcadamente negativa devido a vários factores: estrutura e ambiente físico da unidade, tipo de disposição dos doentes, o qual permite a visualização dos restantes doentes e hiper-estimulação devido à presença de luzes, ruídos e equipamentos.

Os sujeitos do estudo também relataram a sua **experiência** em relação ao **sono**, quer em contexto hospitalar, quer no domicílio: “No sono inicialmente, eu estava sempre preocupado se iria-me acontecer uma dor, se eu não estivesse acordado... mas eu estava convencido que teria de estar acordado para estar alerta de algo que hipoteticamente pudesse novamente acontecer” (E1) e “De início não dormia, nem queria adormecer, ... agora não, agora deito-me e já adormeço e acordo de manhã” (E6). Na nossa opinião estas experiências relacionam-se com alterações emocionais que acarretam alterações de sono. Desta forma, o doente coronário apresenta modificações no seu padrão de sono, uma vez que tem receio em adormecer. Por outro lado, as alterações de sono em contexto hospitalar relacionam-se com o ambiente físico das próprias unidades hospitalares, isto apresenta-se consonante com Pereira (2000) que refere que o doente que é internado na unidade coronária, encontra-se num ambiente fechado, impessoal, tecnocrático, cujos ruídos vão interrompendo o silêncio promotor de repouso físico e psicológico.

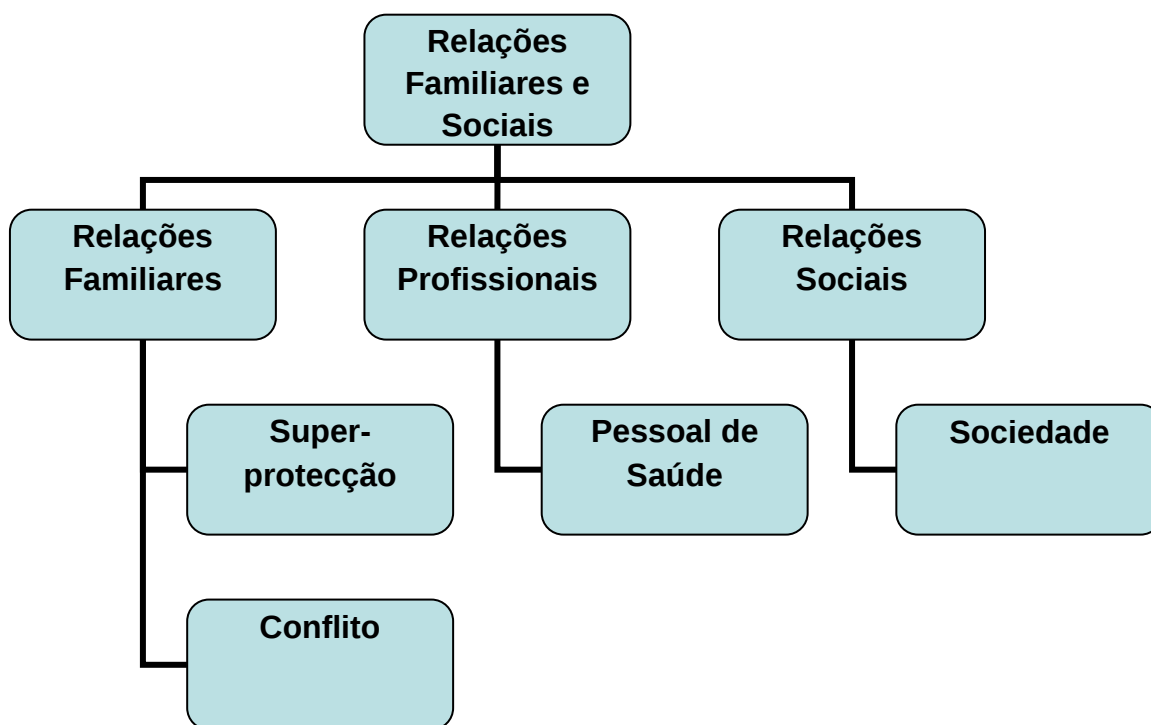
Também foram mencionados pelos doentes vários **aspectos de vida que se alteraram** com o EAM, nomeadamente relacionados com as limitações que provoca: “...limitou-me sempre um bocado, (E1), “fica-se um pouco debilitado, e depois porque se está uns dias sem actividade, deitado na cama ...então opta-se por não se fazer” (E1). No nosso entender o doente após o episódio do EAM apresenta várias alterações, sendo que os nossos entrevistados descrevem-nas como “limitações”, “fica-se um pouco

debilitado” e tal como é defendido por Pereira (2000) o doente coronário apresenta percepções de incapacidade potencial para gerir a intolerância ao esforço, relacionado com a realização das actividades de vida diária.

Em relação à subcategoria **significados**, os doentes relataram os significados e interpretações que fizeram da **experiência de ter um EAM**: “Obriga-nos a um estilo de vida novo, uma forma de estar, uma forma...digamos vai-nos obrigar a criar auto-defesas” (E1), “*Eu costumo dizer aos outros: vocês não têm tempo para nada... Dá para pensar. Mas a vida é assim*” (E4) “*É assim antes a gente faz tudo e mais alguma coisa e não pensa nas consequências*” (E8). No nosso entender, o doente coronário sofre uma alteração das suas perspectivas de vida futura e apresenta uma redefinição das prioridades: “*um dia vocês vão parar ao hospital, têm alguma coisa... então têm tempo para tudo e mais alguma coisa...*” (E4)

4 - Relações Familiares e Sociais

Diagrama nº 4- Relações familiares e sociais



Da unidade temática **relações familiares e sociais** emergiram as seguintes categorias: **relações familiares**, **relações profissionais** e **relações sociais**.

Em relação à categoria **relações familiares** conseguiu-se isolar as subcategorias **superprotecção e conflito**.

As relações familiares alteram-se após um episódio de doença sendo que essas alterações são muito mais significativas no caso de doença crónica, como é o caso das doenças cardiovasculares e em consonância com isso, Hanson (2005) considera que enquanto uma doença causa apenas alterações transitórias na vida da família, a doença crónica pode provocar alterações mais prolongadas. A própria família tem de se adaptar a uma situação nova de doença. De acordo com a teoria de sistemas de família, os membros da família estão interligados e dependentes uns dos outros. Portanto, quando ocorre uma mudança na saúde de um dos membros, todos poderão ser afectados e a família como um todo será alterada. Em concordância com isso, muitas vezes os familiares, no seu processo de adaptação, podem desenvolver determinadas características e sentimentos perante a situação. Como refere *“Talvez em relação à minha mãe, é mais preocupada, ficou mais preocupada comigo...”* (E3). Sentimentos de preocupação e protecção podem surgir por parte dos vários elementos da família e através da análise dos discursos dos sujeitos torna-se notório que por parte dos respectivos cônjuges surgem sentimentos de protecção e de substituição de papéis: *“No fundo ela tenta-me proteger, não no sentido negativo, mas no sentido positivo, mas acho que de facto a protecção às vezes é um bocado exagerada...”* (E1), *“Uma das mudanças na minha família foi a minha mulher por causa do EAM. Ela assumiu tudo. Ela sentiu muito. Se calhar sentiu mais do que eu”* (E4). O que os sujeitos referem vai de encontro ao que refere Thompson e Pitts (1992), os parceiros são a maior fonte de apoio emocional e instrumental para doentes crónicos; porém, o tipo de resposta dos parceiros e outros familiares pode ser desadequado, uma vez que poderá ser demasiado crítico (critica o comportamento do doente), superprotector (impedindo o doente de desenvolver a sua autonomia), invasivo (aconselha desnecessariamente) ou insensível (ignorando o facto de a pessoa estar doente). Citando *“No fundo ela tenta-me proteger, não no sentido negativo, mas no sentido positivo, mas acho que de facto a protecção às vezes é um bocado exagerada, eu penso que é exagerada* (E1) em relação à superprotecção do cônjuge, Pereira (2007) citando Clark e Stephens (1996) considera que as crenças por parte do cônjuge sobre a impossibilidade de o doente controlar a doença podem levar a um excesso de assistência, que nem sempre é percebido pelo doente como uma ajuda positiva.

Como menciona Pereira (2007), citando Thompson e Lewin (2000), os cônjuges são um recurso fundamental durante o processo de reabilitação. Vários estudos têm demonstrado que a capacidade de o parceiro lidar com a doença do cônjuge revela-se de

grande importância quer para funcionalidade da família, quer para ao ajustamento físico e emocional do doente face à nova situação.

Por outro lado, citando novamente *“Uma das mudanças na minha família foi a minha mulher por causa do EAM. Ela assumiu tudo. Ela sentiu muito. Se calhar sentiu mais do que eu”* (E4) é sustentado por vários autores, nomeadamente Hafstrom e Schram (1984) que considera que o doente quando é do sexo masculino, a esposa tende a assumir as tarefas e responsabilidades do marido, quando o contrário acontece, os maridos tendem a realizar exactamente as mesmas tarefas, não assumindo as actividades da esposa doente. A literatura defende que existe um padrão de actividades diferente para homens e mulheres.

No entanto, muitas das alterações familiares após um episódio de doença podem desencadear conflitos no seio da própria família: *“Desde que tive o EAM tenho tido só problemas, ...problemas com a família e toda a gente. É muito complicado...”* (E2) e *“Em relação ao meu pai, continua a insultar... é a relação pai e filho”* (E3) e *“Na minha vida familiar há sempre problemas...”* (E4). No nosso entender este aspecto vai de encontro ao que vários autores defendem, uma vez que perante uma situação de doença, os familiares poderão desenvolver um comportamento desadequado perante o familiar doente (Thompson e Pitts, 1992). No entanto, é importante referir que após um episódio de EAM e em concordância com Rosenman (1988) os doentes têm a possibilidade de dependência, alterações nas relações familiares e profissionais. Obviamente que muitas dessas alterações familiares traduzem-se em conflitos entre os vários membros da família.

Em relação à categoria **relações profissionais** emergiu a subcategoria **peçoal de saúde**.

As relações profissionais, nomeadamente com o peçoal de saúde são de grande importância para o doente cardíaco em todo o seu processo de doença e reabilitação.

Os participantes do estudo referem muito dessa importância: *“...fui muito bem tratado pela equipa de enfermagem, mas foram sempre muito atenciosos, muito gentis e muito profissionais...”* (E1) *“Olhe, vinham-me ver de vez em quando, por exemplo a mais pequena coisa, perguntavam-me se estava bem, medicaçãozinha não tenho razões de queixa”* (E8), *“Mais aproximação das pessoas. Relacionam-se bem”* (E6) e nesta perspectiva Gentry e Williams (1975) consideram que os doentes em contexto hospitalar nomeadamente na unidade coronária tendem a responder positivamente à equipa de peçoal, chegando a encarar o médico e o enfermeiro como onnipotentes.

Por outro lado, Pereira (2000) demonstra-nos a importância das relações positivas com o peçoal de saúde ao mencionar que, no percurso de vivência e gestão do EAM, o

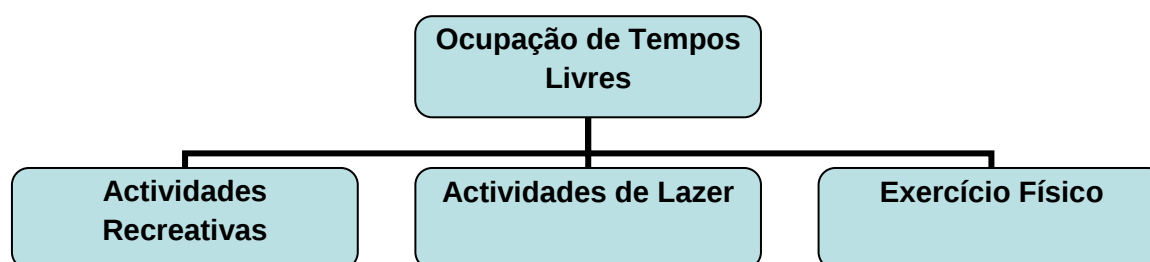
doente terá de ser ajudado por profissionais de saúde que promovam a relação empática, a verbalização e a escuta do doente, e os doentes relatam essa importância *“Mais aproximação das pessoas. Relacionam-se bem”* (E6) e *“foram sempre muito atenciosos, muito gentis e muito profissionais...”* (E1). A mesma autora considera ainda que a equipa de saúde deve procurar dispor de conhecimentos e de tempo para ajudar o doente a viver e a gerir a sua enfermidade.

Em relação à categoria **relações sociais** emergiu a subcategoria **sociedade**.

Neste domínio, os sujeitos de estudo relatam: *“Olhe eu acho que as pessoas relacionam-se muito bem comigo”* (E1), *“no trabalho as pessoas sabem que tive um enfarte, têm cuidado...”* (E6). Assim sendo, nenhum dos doentes menciona alterações neste domínio, consideram que as pessoas continuam a relacionar-se adequadamente com eles e relatam que têm em consideração o facto de terem tido um EAM. Segundo Fleming et al. (1985), a função protectora das relações sociais que está associada ao suporte emocional que as pessoas recebem de outros influenciam as respostas dos doentes ao stress, tornando a pessoa mais resistente aos seus efeitos. Por outro lado, Ferreira (2004) menciona estudos que comprovam que a satisfação com o apoio social nos doentes coronários crónicos influencia a adaptação psicológica do doente à doença. No nosso entender, achamos que as relações sociais nos entrevistados não se apresentam alteradas uma vez, que a maioria dos doentes apresenta uma boa reestruturação da vida profissional e social.

5 - Ocupação de Tempos Livres

Diagrama nº 5 - Ocupação de tempos livres



Do domínio **ocupação de tempos livres** surgiram-nos três categorias: **actividades recreativas**, **actividades de lazer** e **exercício físico**. Na nossa opinião, os doentes com EAM apresentam alterações na forma como passam os seus tempos livres e, assim sendo, isto vai de encontro ao que Ferreira (2004) defende já que esta autora considera

que um dos critérios fundamentais para a doença é a incapacidade que o doente apresenta para se envolver nas actividades diárias.

Na categoria **actividades recreativas**, um entrevistado refere: *“Olhe deixei de jogar andebol, ando mais de bicicleta e vou começar agora a fazer natação, gosto muito de ouvir música e tudo o que seja música e concerto”* (E1). Obviamente, que o doente com EAM sente necessidade de se adaptar também neste domínio e nesta perspectiva Endler, Parker e Summerfeldt (1993), referem que durante o curso de cada doença crónica diferentes estratégias adaptativas são usadas para enfrentar as condições impostas pela gravidade da doença, portanto uma mudança no tipo de actividades recreativas fazem todo o sentido num processo de adaptação a uma nova condição.

Na categoria **actividades de lazer** os entrevistados mantêm algumas das suas actividades de lazer evidenciado nos discursos: *“Gosto de cinema, leitura...”* (E5) e *“Continuo a estar com os amigos”* (E7).

No entanto, um dos entrevistados menciona que *“Quando tive o EAM montei mais meia dúzia de vezes...E nunca mais”* (E3), portanto alguns doentes após o episódio de EAM alteram os seus hábitos em relação às suas actividades de lazer e nesta perspectiva Ferreira (2004) refere que os doentes após um episódio de EAM apresentam atitudes disfuncionais caracterizadas pela auto-depreciação, diminuição de interesse pela vida social, inibição da actividade e perda do desejo de viver. No nosso entender as alterações relatadas relacionam-se com vários aspectos nomeadamente com “medos” das consequências que poderão advir dessas mesmas actividades de lazer.

Nesta categoria estamos convictos que o EAM leva a restrições físicas limitando os doentes a algumas actividades de lazer. Nos relatos dos participantes vemos a acção do processo psicossocial do indivíduo no que concerne à aceitação da sua condição, factor extremamente influenciador na maneira como a pessoa vai viver consigo mesma. É notório também que em alguns casos há a possibilidade de continuar a realizar as actividades de lazer, *“Continuo a estar com os amigos”* (E7).

Na categoria **exercício físico** os participantes deste estudo alteraram muito os seus tempos livres nomeadamente no que diz respeito ao exercício físico.

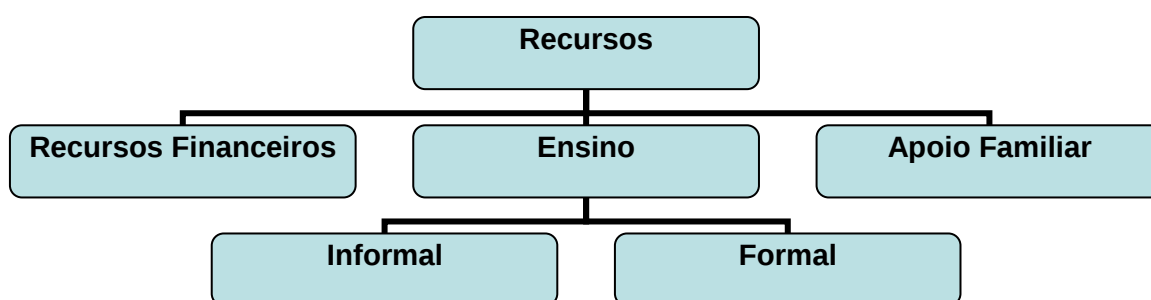
“Faço mais depois do EAM... Faço pelo menos meia hora a três quartos de hora” (E4) e *“Obriga-me a fazer uma hora de ginástica, mais ou menos a uma caminhada pelo menos uma hora”* (E8), nesta perspectiva os doentes alteram os seus hábitos de exercício físico, já que se trata de uma forma de reduzir/eliminar um dos factores de risco cardiovasculares, que é precisamente a inactividade física. O American College of Cardiology considera que o exercício físico diminui a resistência à insulina, melhora o

controle do peso corporal e da pressão arterial, aumentando também o débito cardíaco. Rodriguez (2001). Neste sentido, a DGS (2007) considera que o risco de ter uma doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações para a actividade física.

Por outro lado, sendo a *“inactividade física um factor de risco modificável para a doença coronária”* (André, 2005, p.36), os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros promovem nos doentes coronários a consciência da importância desta prática e incentivam os indivíduos à prática de exercício físico nos seus tempos livres. Assim sendo, a mudança de comportamentos no que concerne ao exercício físico trata-se de um processo que depende quer do indivíduo, quer da capacidade da equipa multidisciplinar para informar/ensinar para que essas mudanças se verifiquem nos indivíduos doentes.

6 - Recursos

Diagrama nº 6 - Recursos



No domínio **recursos** conseguimos depurar as seguintes categorias: **recursos financeiros, ensino e apoio familiar**.

No que concerne à categoria **recursos** verificamos que os participantes apresentam recursos financeiros adequados para poderem fazer face às despesas do dia-a-dia, nomeadamente nas despesas que apresentam com a sua situação de saúde. *“Assim não tenho dificuldades com dinheiro”* (E2), *“Não se pode dizer que tenho dificuldades económicas”* (E5), *“Dá para eu viver”* (E3).

Nenhum dos participantes refere apresentar dificuldades financeiras. Esta constatação vem de alguma forma contrariar o que se tem verificado nos últimos anos. No estudo de Mendonça, Martinez e Rodrigues (2000), 49,2% da população depara-se com dificuldades económicas. Talvez estes resultados se possam relacionar com o facto de os participantes serem na sua maioria activos profissionalmente, à excepção de um dos sujeitos, que se encontra desempregado.

Da categoria **ensino**, emergiram duas subcategorias: o **formal** e o **informal**.

Em relação ao formal, os sujeitos focaram o facto de os enfermeiros lhes terem dado alguma informação: *“Deram-me uns panfletos, deram-me uns papeizinhos para...com os dizerem do que eu havia de comer e não comer”* (E7) e *“Inclusive deram-me um panfleto com o tipo de alimentação”* (E8), nesta perspectiva Bugalho e Carneiro (2004, p.22) defendem que *“A Importância das intervenções educacionais reflectiu-se na melhoria dos conhecimentos relativos à doença e ao tratamento”*. Os mesmos autores referem que as intervenções educacionais devem incluir o fornecimento de material escrito, audiovisual ou simplesmente oral, em regime individual ou de grupo.

No que diz respeito ao **ensino informal**, os participantes referiram: *“eles digamos que alertaram para algumas coisas, não aprofundando... deram-me algumas dicas ... pequenas coisas que a gente às vezes pensa que não são relevantes mas que são importantes”* (E1) *“os enfermeiros ajudavam, ajudavam por aquilo que diziam e por aquilo que me mandavam fazer para aliviar a dor “* (E3), nesta perspectiva Bugalho e Carneiro (2004, p.13) mencionam que *“Os doentes necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam lidar de forma eficaz com as necessidades geradas pela doença”*. O ICN (2010) focaliza a importância da educação e dos ensinamentos aos doentes acerca das suas doenças crónicas, benefícios do tratamento e complicações relacionadas com a não-adesão.

Na nossa opinião, quer o ensino formal quer o ensino informal são ferramentas imprescindíveis a serem utilizadas pelos enfermeiros, uma vez que permitem uma melhor compreensão e conhecimentos por parte dos doentes no que diz respeito à sua doença e às estratégias que devem ser utilizadas de forma a lidarem eficazmente com o seu problema de saúde e, corroborando connosco, o ICN (2010) considera que os enfermeiros devem ter um papel fundamental na educação dos doentes, já que esta é uma estratégia para melhorar a adesão. Mas no entender do ICN, os doentes não devem ser apenas informados mas também precisam de ser motivados e encorajados a aderir ao tratamento e a novos estilos de vida.

Por último e dentro desta unidade temática falaremos da categoria **Apoio Familiar**.

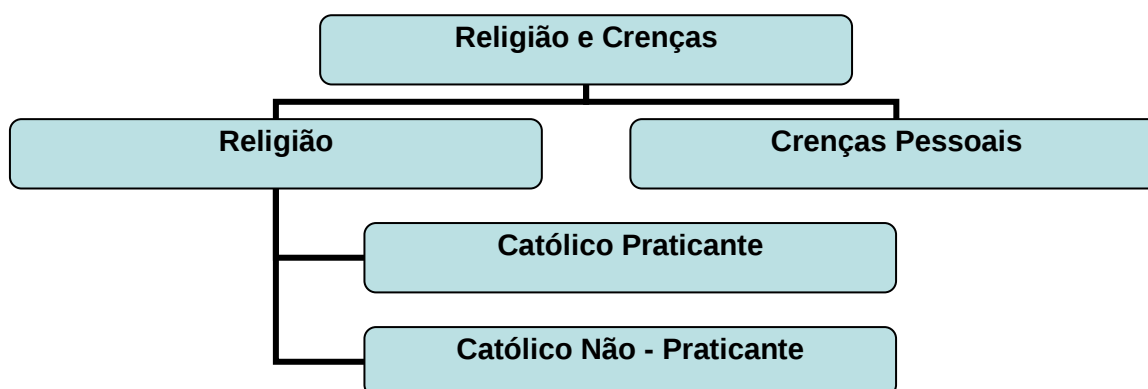
Na maioria dos entrevistados estes fazem referência ao apoio proporcionado pela família como sendo importante, mencionando na sua maioria o apoio dado pelos pais, esposa ou companheira, filhos e irmãos. Neste sentido, isto vai de encontro ao que refere Martins (2002), citando Ângelo (2000), a família é parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases da doença e em todos os contextos de assistência (...).

Para Hackett e Cassem (1982) a forma como esta doença física vai ser vivenciada e gerida depende de vários factores, entre os quais: da gravidade da doença em si, da personalidade e dos suportes a nível familiar.

Os sujeitos do estudo mencionam ser apoiados por vários elementos da família: “A minha filha, a minha companheira, com quem estou neste momento, e o meu filho também, estiveram sempre presentes, com apoio, e disso aí não me posso queixar” (E1), “A minha mulher e os meus filhos apoiam-me... Tenho uma filha médica... A minha mulher e os meus filhos apoiam-me muito.” (E5), este apoio muitas vezes vai de encontro ao que Martins (2002, p.79), citando Paúl (1997) refere “no que diz respeito aos cuidados prestados pela família na doença crónica... estes cuidados se desenvolvem em dois domínios: apoio psicológico ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico, e apoio instrumental que está relacionado com a ajuda física em situações de diminuição da capacidade funcional...”. Portanto, já que os doentes entrevistados não apresentaram grandes dependências físicas, este apoio foi descrito como sendo mais psicológico.

7 - Religião e Crenças

Diagrama nº 7- Religião e crenças



No domínio da religião e crenças emergiram duas categorias: a **religião** e as **crenças pessoais**.

Na categoria da **religião** conseguimos isolar duas subcategorias: o **Católico praticante** e o **Católico não praticante**.

Para Emblen (1992) a religião tem sido definida como um sistema organizado de crenças, práticas e formas de culto. Consideramos depois da nossa análise que todos os sujeitos são católicos. Uns praticantes e outros não praticantes.

Existem doentes que se apresentam como católicos praticantes, isto é compreendido em “para mim é muito importante o estar bem com Deus, o senti-lo perto

de mim, percebe, naqueles momentos que a gente sabe...”(E1), como refere Hanson (2005) a espiritualidade e a religião são factores relevantes na vida da maior parte dos indivíduos.

Também Koenig (1995) relata que indivíduos que se encontram religiosamente envolvidos, demonstraram ter menos problemas de saúde crónicos...maior satisfação em viver e melhor bem-estar psicológico.

Outros doentes apresentam-se como católicos não praticantes, como refere *“Eu já não me lembro de entrar numa missa há muito tempo. Mas digo-lhe, antes de ter o EAM, eu todos os anos ia a Fátima, ... Hoje eu não acredito em Deus”* (E3), *“...Fé não tenho com toda a honestidade.”* (E5). Consideramos portanto que enquanto uns indivíduos se apoiam na religião para obterem uma ajuda nas fases menos boas de vida, outros não apresentam nenhuma ligação com a religião, havendo mesmo um sujeito que refere que antes de apresentar o EAM acreditava em Deus mas depois acabou por abandonar a religião.

Relativamente às **crenças pessoais** podemos constatar que houve um entrevistado que refere ser médium e ao mesmo tempo tem uma grande fé em Deus: *“eu sou médium, e portanto tive ajuda, a mediunidade é precisamente para isso, para ajudar os nossos irmãos que precisam... tudo isso eu tenho de agradecer ao meu pai, ...é ao meu pai do céu* (E1), outro refere em relação à morte: *“... Para mim a morte, eu não acredito que haja mais alguma coisa para além da vida ou depois da morte”* (E3).

Para Kirscht em Ribeiro (1998) crença abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relaciona dois ou mais objectos ou elementos psicológicos. No nosso entender, as crenças pessoais dos doentes coronários devem ser tomadas em consideração pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros e nesta perspectiva Pereira (2007, p.119) refere *“é importante que o profissional de saúde, nas suas interações com o doente e a sua família aborde o seu universo de crenças que constituem os seus modelos de senso comum...e não tente substituí-las por outras consideradas correctas”*. Portanto, as crenças pessoais podem influenciar e predizem a adopção de determinados comportamentos, corroborando com este aspecto Ogden (2004) faz referência ao modelo de crenças de saúde de Becker: o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais. As crenças básicas iniciais são as percepções que o indivíduo faz sobre: a susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os custos e benefícios envolvidos. Além disso, no nosso entender os doentes através das suas crenças pessoais conseguem mais facilmente ultrapassar os problemas relacionados com o seu estado de saúde.

CONCLUSÕES

O número de doentes vítimas de EAM, principalmente no género masculino, constitui uma realidade preocupante para os profissionais de saúde em geral e para os enfermeiros em particular.

O desenvolvimento deste estudo radica não só na relevância de que se reveste este problema para o indivíduo/pessoa e sociedade, uma vez que esta patologia não pára de aumentar em todo mundo, sendo que Portugal não é excepção.

O objectivo deste trabalho foi a compreensão das vivências do homem com EAM e perceber o impacto que este episódio acarreta na vida do doente.

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, adoptando-se para isso uma abordagem qualitativa. Entrevistamos oito indivíduos do género masculino e realizamos análise de conteúdo dos dados colhidos. Essa fase demonstrou-se difícil, no entanto tornou-se muito gratificante, pois através da mesma foi possível chegar a algumas conclusões que nos permitem ter uma compreensão aprofundada do impacto do EAM no homem. Desta forma, consideramos que conseguimos atingir os objectivos definidos, sendo que a metodologia no nosso entender foi a mais adequada.

Da análise emergiram sete grandes blocos temáticos, denominando-se por unidades temáticas: domínio físico, estilos de vida, domínio psicológico, relações familiares e sociais, ocupação de tempos livres, recursos, religião e crenças.

No domínio físico depreende-se que os doentes apresentam manifestações físicas quer durante o EAM, quer após o evento. Essas manifestações físicas são descritas apenas como desconfortos, após o EAM e associam-se a esforços. Na sua maioria, os doentes relatam a dor (intensa, angustiante, que não regride com o repouso) durante o episódio do EAM. Quanto ao sono, existem algumas alterações, quer ao nível hospitalar devido ao ambiente físico, quer quando o indivíduo regressa a casa, cujas alterações resultam de estados emocionais alterados e dos próprios medos destes doentes. No entanto, os indivíduos descrevem a alteração do padrão de sono no domicílio como um processo transitório. Quanto à sexualidade, o doente apresenta alterações do acto sexual: alguns indivíduos relatam alterações iniciais mas que com o tempo melhoram, outros indivíduos consideram uma diminuição da vontade sexual e outros chegam a evitar o acto sexual devido a medo e a ansiedade.

Quanto aos estilos de vida verifica-se mudanças drásticas no que diz respeito à alimentação, aos hábitos tabágicos e na adopção de comportamentos saudáveis. Quanto à ingestão de álcool verifica-se uma redução, não sendo uma redução drástica do seu consumo. Em relação à adesão medicamentosa constata-se uma adesão total dos sujeitos ao regime terapêutico.

Após o evento do EAM foram identificados nos sujeitos vários sentimentos como: a aceitação, a ambivalência e principalmente vários medos (medo de ter dor no peito, medo de ter outro evento, medo da morte, medo de ficar dependente e de perda de qualidade de vida, medo de adormecer e medo relacionado com o hospital). Os actores deste estudo descrevem várias experiências negativas que apresentaram aquando do internamento na unidade de cuidados intensivos coronários, devido à presença de luzes, alarmes e outros ruídos, à falta de privacidade, à visualização de outros doentes, às limitações físicas e ao excesso de equipamentos. Os doentes consideram que o EAM implica várias limitações e debilidades físicas. Por outro lado, salientam que após o evento coronário, existe uma mudança ao nível das perspectivas de vida futura e uma redefinição de prioridades. Tais aspectos demonstram-se como uma estratégia de adaptação à nova condição.

Foram identificadas mudanças nas relações familiares, que se traduzem por situações de superprotecção por parte de alguns familiares (esposa, pais, filhos), no entanto, são também relatadas relações conflituosas no seio da família. Outro aspecto salientado foi a mudança de papéis na própria família (a esposa passa a realizar as funções do marido), isto é, há um reajuste de papéis no seio da família. Foi demonstrada a importância das relações profissionais nomeadamente com os enfermeiros, em todo o processo de doença: estes doentes valorizam a vigilância permanente que é realizada, as competências técnico-científicas, o profissionalismo, a aproximação das pessoas, a relação empática, toda a relação de ajuda desenvolvida pelos enfermeiros. Estes doentes dão ênfase às competências humanas e relacionais. Quanto a mudanças sociais, estes doentes não as sentiram, consideram que as pessoas continuam a relacionar-se adequadamente com eles e que têm em consideração o facto de eles terem tido um EAM.

Relativamente à ocupação dos tempos livres, verifica-se uma alteração nas actividades recreativas e de lazer. No entanto, essa alteração demonstra-se drástica no que diz respeito ao exercício físico. Os doentes apesar de relatarem algumas restrições físicas que impossibilitam algumas actividades, passam a ter uma actividade física regular (na sua maioria fazem caminhadas diárias) como forma de reduzir ou eliminar o factor de risco inactividade física.

Os actores do estudo salientam a importância dos ensinamentos feitos pelos enfermeiros, estes consideram importante a entrega de panfletos e livros explicativos sobre a doença, a actividade sexual, os estilos de vida saudáveis, entre outros. No entanto, também relatam o papel primordial dos ensinamentos informais através de “dicas” e “conversas” que os enfermeiros no hospital vão dando. Para eles, através dos ensinamentos é possível uma melhor compreensão sobre a doença, o tratamento e sobre as estratégias adaptativas para

lidarem com esta. O apoio familiar foi outro aspecto apontado como relevante. O apoio dado pelas esposas, companheiras, filhos e pais é descrito como sendo mais a nível psicológico.

Outro aspecto primordial deste estudo prende-se com o facto de alguns indivíduos enfatizarem o papel das crenças e da religião para obterem uma ajuda nas fases menos boas da vida, particularmente numa situação de doença grave. Essa crença e fé revelam-se como um apoio e fonte de esperança durante todo o processo de doença.

O EAM torna-se num acontecimento inesperado e traumático a que o doente se tem de adaptar, uma vez que, a vida do doente sofre várias alterações, a nível físico, psicológico, adopção de novos estilos de vida, mudanças nas relações familiares. Face a este facto, é fundamental que o enfermeiro através das suas competências técnico-científicas, humanas e relacionais consiga ajudá-lo em todo este processo.

Este estudo, mais uma vez, vem revelar a necessidade de um maior investimento nas doenças cardiovasculares, mais precisamente nos seus três níveis de prevenção.

Na prevenção primária, torna-se necessário alertar a população para os factores de risco cardiovasculares, sinais e sintomas do EAM. Desta forma, aconselhamos a implementação de programas de educação para a saúde, para que as pessoas promovam e adotem estilos de vida saudáveis e diminuam os factores de risco, com consequente diminuição da prevalência do EAM e de outras doenças cardiovasculares.

No domínio da prevenção secundária, torna-se fundamental a existência de cada vez maior número de unidades coronárias e de maior número de vagas nestas, permitindo um tratamento especializado e adequado por uma equipa multi-disciplinar. A componente tecnocrata das unidades coronárias é um aspecto muito importante e que não pode deixar de existir, mas não menos importante será o de proporcionar um ambiente de repouso físico e psicológico ao doente com EAM. Neste sentido, deverá ser repensada a disposição dos doentes na unidade, a diminuição de todo o tipo de estimulação (ruídos, luzes, alarmes), preservação da intimidade e promoção de maior independência do doente.

Relativamente à prevenção terciária consideramos que os doentes devem continuar a ser acompanhados após o processo de alta hospitalar, por uma equipa multi-disciplinar representando neste âmbito a consulta de enfermagem um recurso fundamental. No entanto, os cuidados de saúde primários também têm um papel útil no acompanhamento destes doentes. Por outro lado, a partilha e a troca de experiências entre os vários doentes com EAM no contexto hospitalar ou comunitário, através de reuniões de grupo, podem também ajudar o doente na fase de adaptação à nova situação de saúde. Urge no doente coronário uma reabilitação a vários níveis. Como refere Pereira (2000) trata-se de

um processo de reabilitação global, não apenas físico, mas também psíquico, social, familiar e profissional.

Gostaríamos de propor outras sugestões ao nível da formação e investigação em enfermagem. A nível da formação contínua, é importante que os enfermeiros obtenham mais conhecimentos sobre as necessidades dos doentes coronários, atendendo à emergente realidade das doenças cardiovasculares. É nossa sugestão a concretização de um curso de formação / especialização direccionada ao doente cardíaco. Por outro lado, a enfermagem necessita de produção e renovação de conhecimentos, portanto, sugerimos mais investigação nesta área, nomeadamente através da aplicação deste estudo também ao género feminino e noutros contextos, como por exemplo, em outros hospitais. Desta forma, esperamos que este trabalho seja um ponto de partida para futuros estudos.

Ao longo deste trabalho muitas dificuldades surgiram. No entanto, dada a grande motivação pelo tema e necessidade de aprofundamento da problemática do doente com EAM, consideramos que este trabalho demonstra-se como uma mais-valia para os enfermeiros de Cardiologia. Porém, fica o reconhecimento de que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito aos doentes coronários e às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, C. (2005). *Qualidade de vida e Doença coronária*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-50-6
- BARDIN, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. ISBN: 972-44-0898-1.
- BENNET, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-033-2
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editores. ISBN: 972-0-34112-2.
- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A.V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Disponível em: http://www2.ratiopharm.com/pt/pt/pub/empresa1/destaques/ades_o_terap_utica_.cfm
- CARDOSO J. (2006). *Sexualidade e deficiência*. 1ª edição. Quarteto editores. ISBN :989-558-060-6
- CARPENITO, L.J. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- CASTRO, I. (1999). *Cardiologia, Princípios e Prática*. São Paulo: Artes Médicas Editora.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-9-9
- CRESWELL, J. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks. California: Sage. ISBN 0-8039-5254-6.
- DECLARAÇÃO DE CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE GORDURA ALIMENTAR, A DIETA DE TIPO MEDITERRÂNICICO E SAÚDE AO LONGO DA VIDA (2000). Disponível em: www.infoazeite.net e <http://europa.eu.int/olive-oil>.
- DIAS, L. [et al.] (2004). *Qualitativo e quantitativo: evidenciando a enfermagem como ciência e arte do cuidado*. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental. Ano 8, nº 1/2, p. 131-137. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2002/14%202004.pdf>.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005). *Tabagismo*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/tabagismo.htm>

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2006). *Hipertensão Arterial*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2007). *Benefícios da actividade física*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/actividade+fisica/beneficios+actividade.htm>
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2009). *Doenças Cardiovasculares*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>.
- ELIOPOULOS, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.
- EMBLEN, J.D. (1992). *Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature*. Journal of Professional Nursing. 8:41-47.
- ENDLER, N.; PARKER, J.; SUMMERFELDT, L. (1993). *Coping with health problems: Conceptual and methodological issues*. Canadian Journal Behavioural Science, 25, 384-399.
- FERREIRA, T.J.R. (2004). *Coping, exaustão vital, ansiedade e depressão em pessoas submetidas a revascularização do miocárdio*. Porto. Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, para obtenção do grau de doutor.
- FLEMING, R.; BAUM, A.; GISRIEL, M. & GATCHEL, R. (1985). *Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island*. In: A Monat & S. Lazarus (eds) *Stress and coping*. (2nd ed., pp.95-106). New York: Columbia University Press.
- FORTIN, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- FREITAS, M.C.; OLIVEIRA, M.F. (2006). *Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy*. Revista Brasileira de Enfermagem set-out; 59(5): 642-6. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/43201/assistencia-enfermagem-idosos-realizam-cateterismo-cardiaco/>
- GENTRY, W. D.; WILLIAMS, R.B. (1975). *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care*. Saint Louis: Mosby Company.
- GIANNINI, S.; FORTI, N.; DIAMENT, J. (2000). *Cardiologia Preventiva, Prevenção Primária e Secundária*. São Paulo: Editora Atheneu.
- GOETZ, J.; LECOMPTE, M. (1998). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata. ISBN 84-7112-320-7.

- GOMES, B. P. (1999). *Das práticas às competências dos enfermeiros de reabilitação*. Porto. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
- HACKETT, T. P.; CASSEN, N. H. (1982). *Coping with cardiac disease*, Adv. Cardiology. 31:212-217.
- HAFSTROM, J. L.; SCHRAM, V. R. (1984). *Chronic illness in couples: selected characteristics, including wife's satisfaction with perception of marital relationships*. Family Relations, 33, pp. 195-203.
- HANSON, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5.
- HATCHETT, R.; THOMPSON D. (2002). *Enfermagem cardíaca – Um Guia Polivalente*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 972-8930-12-7.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7.
- KOENING, H. G. (1995). *Research in Religion and Aging*. Westport, CT: Greenwood Press.
- LEON, A. R.; MORRIS, D. C. (1996). *Enfarte agudo do miocárdio*. In: SCHALANT, R.C.; ALEXANDER, R. W. *O coração*. 8ª ed. Alfragide: McGraw-Hill.
- LIPMAN, B.; CASCIO T. (2001). *ECG – Avaliação e interpretação*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- MAMEDE, M.; PASTORE, G. (2004). *Compostos fenólicos do vinho: estrutura e ação antioxidante / Wine phenolic compounds: structure and antioxidant action*. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-410637>
- MARTINS, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- MASERI, A.; LANZA, C.; SANNA, T.; RIGATTIERI, S. (2001). *Coronary blood flow and myocardial ischemia*. In V. FUSTER, R. W. ALEXANDER, O'ROURKE (Eds). *Hurst's The Heart* (10th ed.) New York: Mc Graw-Hill.
- MCEWEN, M.; WILLS, E.M. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 978-0-7817-6283-0.
- MENDONÇA, F.; MARTINEZ, A.; RODRIGUES, M. (2000). *Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde*. Geriatria. Lisboa. 127 Vol. XIII. 33-49.

- MORSE, J. (1991). *Strategies for sampling*. In J.M. Morse (Ed). *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Newbury Park, CA: Sage.
- OGDEN, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-092-8
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (VHOQOL). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq>.
- PEREIRA, F. (2000). *Significação das vivências do doente confrontado com o seu enfarte agudo do miocárdio*. Porto. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
- PEREIRA M. G. (2007). *Psicologia da saúde familiar: aspectos teóricos e investigação*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi editores. ISBN 978-972-796-286-0.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 85-7307-984-3.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 85-7307-101-X.
- POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. (2000). *Investigação Científica em Ciências de La Salud*. 6ª Ed. México: McGraw Hill.
- PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES (2006). Disponível em: http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs_03dspscs060206.pdf
- RERKPATTANAPIPAT, P.; STANEK, M.S.; KOTLER, M.N. (2001). *Sex and the heart: what is the role of the cardiologist?* Eur Heart J.
- RIBEIRO, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- RODRÍGUEZ, F.; VOCES, R.; LIMA, P.; REYS, G.; SILVA, J.; RUIZ, M., [et al.] (2001). *Resultados de la revascularización miocárdica com doble artéria mamaria frente a única: 15 años de seguimiento*. Revista Española de Cardiologia, 54 (7), 868-879.
- RODRIGUEZ, J. M. V. (2001). *Programa de actualização em cardiologia clínica para cuidados primários: cardiopatia isquémica. Aspectos gerais*. American College of Cardiology, 1, 7-63.
- ROSENMAN, R. (1988). *The impact of certain emotions in cardiovascular disorders*. In M. Janise (Ed). *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 1-23). New York: Springer-Verlag.

- ROY, C.; ANDREWS, H.A. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-175-8
- ROY, S.C. (1984). *Introduction to nursing: an adaptation model*. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- SILVA, S. (2008). *(Con) viver com a dor do outro: vivências dos familiares de idosos com dor crónica*. Porto. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem.
- SOARES-COSTA, J. T. S. (2005). *Nova definição clínica do enfarte do miocárdio*. Lisboa. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Vol.12, nº1. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_37-41.pdf
- STEIN, R. (2005). *Atividade Sexual e Coração*. Artigo de revisão In *Cardiología del Ejercicio/Sports Cardiology*. Disponível em: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c049/stein.php>.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançado o Imperativo Humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.
- SWEARINGEN, P.; KEEN, J. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- THE OXFORD HEALTH ALLIANCE (2009). *The costs of chronic disease*. Disponível em: <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases>.
- THELAN, L.A.; DAVIE, J.K.; URDEN, L.D. (1996). *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- THOMPSON, S. C.; PITTS, J. S. (1992). *In sickness and in health: Chronic illness, marriage, and spousal caregiving*. In S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *Helping and being helped: Naturalistic studies*. The Claremont Symposium on Applied Psychology (pp. 115-151). Thousand Oaks, C. A.: Sage Publications.
- THORSON AI. (2003). *Sexual activity and the cardiac patient*. *Am J Geriatric Cardiology*.
- TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M.R(Ed) (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª edição. Loures: Lusociência.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008 a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009 b). *Fact Sheet Nº 317 Cardiovascular diseases (CVDs)*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs317/en/index.html>

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento

Conforme a “declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983)

Designação do Estudo: Vivências do Doente com EAM, impacto no masculino

Eu _____ declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar tendo-me sido dada a oportunidade de efectuar as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou a explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto participar no estudo, autorizando a realização das respectivas entrevistas.

Mais declaro que me foi proposta a gravação da entrevista e também me foi dada a possibilidade de tomar conhecimentos dos resultados obtidos, a meu pedido.

Vila Nova de Gaia, ____, de _____ de 2009

Assinatura: _____

O investigador responsável: _____

Anexo II – Pedido de Autorização

Vila Nova de Gaia, Novembro de 2009

Ex.º Senhor Presidente da Administração do
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/
Espinho, EPE

Maria de Fátima Sousa Lopes, enfermeira a exercer funções na Unidade Coronária do CHVNG/E, encontra-se a frequentar o 2º ano do mestrado em Ciências de Enfermagem, no ICBAS e pretende realizar um trabalho de investigação cujo tema é: “Vivências do doente com EAM, impacto no masculino”

O trabalho tem como objectivos:

- Compreender as vivências do homem com EAM;
- Descrever a problemática do homem que vive a experiência de ter tido um EAM.
- Perceber as repercussões físicas, sociais, psicológicas do EAM no homem.
- Compreender as transições que ocorrem no âmbito de hábitos de vida saudáveis após a ocorrência do EAM.

Para a concretização, solicito autorização para recolher dados na Consulta de Enfermagem, através de uma entrevista.

Serão salvaguardados os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação, designadamente, o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e o consentimento informado, segundo a “*Declaração de Helsínquia*”.

Agradeço, desde já, toda a colaboração e disponibilidade dispensada.

Os melhores cumprimentos



Exma. Sr.^a Enfermeira
Maria de Fátima Sousa Lopes
Unidade Coronária

N/Ref.:	Data.	V/Ref.:	Data:
026/2010	12-01-2010		

Assunto: Autorização para realização de entrevista

Em resposta ao V/ pedido para realização de entrevistas no intuito de realizar um trabalho de investigação cujo tema é: “Vivências do doente com EAM, impacto no masculino”, temos a informar que **está devidamente autorizado** pelo despacho do C.A. CHVNG/Espinho, EPE, de 07-01-2010.

Aguardamos contacto com o nosso Centro de Formação, a fim de planear a referida realização das entrevistas.

Para qualquer contacto deve mencionar a N/REF 026/2010

Sem outro assunto de momento,

Vila Nova de Gaia, 12 de Janeiro de 2010


CHVNG/E, EPE
Enf.^a Chefe Irene Collaço
Serviço Formação, Ensino e Investigação, ...
Nº Mecanográfico: 1642

Secretariado e informações
Centro de Formação
Rua Conceição Fernandes
4434-502 V. N. de Gaia
Tel/Fax: (22) 7865127
E-mail: df@chvng.min-saude.pt



Mod. SC - 2 5535002

Rua Conceição Fernandes - 4434-502 Vila Nova de Gaia - Telef. 227 865 100 - Fax 227 830 209

Anexo III – Guião da Entrevista

Entrevista Semi - Estruturada

Idade: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado civil: _____

Quantos EAM: _____

Quantas ICP's: _____

Doenças Associadas: _____

Factores de Risco: _____

Data do último EAM: _____

- **Família**

-Desde a ocorrência dos EAM considera que houve mudanças na vida da sua família? Quais?

- Acha que o apoio que teve da família foi de encontro às suas expectativas?

-Quem foram as pessoas que mais se envolveram no seu processo de doença?

- Que dificuldades encontra na relação familiar após o episódio de doença?

- **Diversão**

- Com a ocorrência desta doença, o que é que mudou em relação à forma como passa os seus tempos livres? Quais os seus interesses? Quais as suas actividades recreativas?

-A sua patologia teve repercussões nas suas actividades recreativas/ convívio social?

- O que gostava de fazer antes dos EAM's? E Actualmente?

- **Alimentação**

- Que tipo de alimentação faz? Alterou os seus hábitos alimentares depois do 2º EAM?

- A patologia alterou os seus hábitos alimentares?

- Quem se preocupa com a sua alimentação?

-Como considera a informação/ ensinamentos dados pelos enfermeiros relativamente à alimentação?

- **Mobilização**

- Que actividade física teve antes, e após os EAM's?

- Como sentiu as dificuldades quanto à mobilização após o 1º EAM? E quando apresentou o 2º EAM?

- Como superou as dificuldades em relação à mobilização após o 1º EAM? E quando apresentou o 2º EAM?
- As pessoas com quem vivia como o estimulavam para a realização das AVD's?
- Como considera a informação/ensinos dada pelos enfermeiros?
- Quais as preocupações que tem quando faz exercício físico?

- **Sono/Repouso**

- Quais as alterações que a sua patologia provocou no seu sono e repouso?
- Como decorreu o seu descanso no hospital?

- **Sensações**

- Sente dor cardíaca? Em que actividades é que a dor está associada?
- Tem medo de ter dor no peito?
- Como vivenciou a dor que sentiu no 1º e 2º EAM?
- Quais são as estratégias que utiliza para a superar? Os enfermeiros ajudaram-no como utilizar essas estratégias?

- **Sexualidade**

- Como vivia a sua sexualidade antes e após o EAM? Houve mudanças depois do 2º EAM?
- O que tem mais medo durante o acto sexual?
- Que estratégias utiliza? Que orientação lhe foi dada pelos enfermeiros relativamente às estratégias a utilizar?

- **Apoio /Segurança/ Experiência**

- Considera que se conhece bem? E o que acha que os outros pensam de si? Como considera que foi a sua existência?
- Como descreve as suas experiências/ vivências antes, durante e após os EAM? E a experiência entre o 1º e o 2º EAM?
- Como descreveria a experiência de ter um EAM? E a experiência de ter mais do que um?
- O que mais temeu quando se deparou com os diagnósticos de EAM?
- Goza de suporte económico e social para fazer face às exigências da doença?
- Como é que os enfermeiros se preocuparam com a sua segurança, no hospital?
- Como os enfermeiros lhe fizeram os ensinos para a sua alta?
- Quais são as suas perspectivas futuras?

- **Hábitos de Vida**

- Como eram os seus hábitos relativamente à alimentação/ tabaco/ bebidas alcoólicas/ exercício físico/ medicação antes do 1º EAM? E depois do 2º EAM?
- Que mudanças se verificaram na sua vida após o cateterismo?

- **Morte**

- Alguma vez pensou na morte? Como a vê? Qual a sua crença?
- A religião é importante para si?
- Perspectivou de uma forma diferente a morte, quando teve o 1º EAM de quando teve o 2º EAM?

- **Comunicação**

- Como considera que os outros se relacionam consigo? Têm em conta a sua idade e as suas necessidades? Que papel desempenha na família? Na sociedade?
- Como os enfermeiros se relacionam consigo no hospital?
- Ficou esclarecido com os ensinamentos que os enfermeiros lhe fizeram? Entregaram folhetos informativos?

- **Promoção da saúde**

- O que mudou na sua vida depois do EAM no que se relaciona com a promoção da saúde? Que apoios teve?

Anexo IV – Transcrição de uma Entrevista

Entrevista

- Pronto, já está a gravar.
- Isso já é um princípio. Mas também pode ser um princípio... Peço desculpa por interromper.
- Ora bem, vou começar então pela primeira pergunta, portanto: Desde a ocorrência do EAM considera que houveram mudanças na sua vida familiar?
- Na minha vida familiar...
- Desde que ocorreu o EAM, se houve alguma alteração no seu contexto familiar?
- Penso que não. Mantenho... Quer dizer há sempre uma alteração, não é. Desde logo à partida para não me... , digamos que puseram uma barreira que durante 1 mês não podia ter actividade sexual, e isso é uma modificação. Depois é a readaptação. Depois há o próprio, a própria readaptação do próprio corpo. Desde que se perca peso, não é. Depois há determinados músculos que perdem força, vocês sabem melhor do que nós, e... nisso houve uma ligeira alteração , mas em termos de
- família...
- família.. não..
- não sentiu mudanças???
- Não, não.
- Acha que o apoio que teve da família foi de encontro às suas expectativas? Enquanto esteve internado.
- Sim, Acho que sim.
- E quando teve alta a sua família ajudou-o?
- Sim, sim, muito, muito, muito,
- Quais foram os elementos que achou que o ajudaram mais?
- A minha filha, a minha companheira, com quem estou neste momento, e o meu filho também, não é... o meu filho que é do 1º casamento. Do casamento em si, que este não é um casamento. Não, estiveram sempre presentes, Braga, com apoio, e disso aí não me posso queixar.
- Muito bem, portanto, que dificuldades encontra na relação familiar após o episódio de doença?
- Eu para ser sincero vou-lhe dizer qual a dificuldade que encontro.
- Diga.
- É que não me querem deixar fazer nada.

- Têm medo não é?
- Não, não sou eu.
- Eles é que têm medo.
- Exactamente, porque digamos...
- É uma protecção.
- A companheira que está a viver comigo, é fisioterapeuta, e portanto, qualquer coisa ela diz-me logo, não faças assim, não faças isto, por exemplo ainda ontem vieram uns bancos e uma mesa lá para a parte de trás do jardim que nós temos e que cobrimos aquilo, e ela disse, não pegas, os senhores que ajudem, tu não pegas em nada disso, digamos que noto uma certa limitação à minha actividade e não só em relação à minha... à minha actividade profissional mas... eu sou um indivíduo que gosto muito da bricolage e portanto gosto de fazer de tudo em casa, desde o picheleiro, desde o electricista, desde o carpinteiro, eu gosto de fazer essas coisas, e portanto tenho o meu cantinho onde tenho tudo, desde uma banca, serrotes, berbequins, máquinas de furar pedra, não sei quê, tenho isso tudo, essas coisas eu quero fazer e isso aí digamos que houve uma alteração, por imposição inicialmente aceitei muito bem, porque é assim, eu inicialmente, os primeiros 15, 20 dias eu não estava consciencializado que tinha tido um enfarte.
- Ainda estava a adaptar-se. É normal.
- Depois é que comecei de facto a perceber que de facto tinha tido um enfarte, depois aceitei muito bem isso, mas agora acho que já tenho de começar a fazer as coisas, senão...
- Agora já passou a fase de negação, já aceita, Tenho um enfarte e tenho que viver a minha vida.
- Exacto, tenho de viver a minha vida, senão então eu vou parar novamente, e até porque depois deixei de ter determinados movimentos, deixei de... eu por exemplo jogava muito andebol de brincadeira com a malta aí, fazíamos... e depois deixei de ter e o movimento, e o meu corpo, começou, parece que os músculos deixaram de estar activos, deixaram essas coisas, eu...
- Sabe que essas coisas têm que ser gradual não é.
- Claro, prontos mas...
- ...
- É assim, se eu continuo com este ritmo então eu vou ficar com os músculos muito mais flácidos e a circulação, não sei que mais... e isso vai-me, se calhar futuramente, ter consequências, digo eu, poderá ter, poderá não ter, mas a gente pensa em tudo, não é? Então eu tento fazer uma actividade, pelo menos da parte mental, porque se eu estiver activo nessas coisas nas outras horas, não gosto de estar muito tempo no computador, porque já basta quando estou aqui na empresa, e portanto eu em casa, se tiver de ir lá fazer uma coisa, ver um email, ou isto ou aquilo, porque às vezes ligam: olha mandei agora um email disto, não sei o quê, eu vou mas por norma não estou muito tempo e

portanto eu gosto de estar digamos com a minha mente sempre ocupada, e não estar com a preocupação, porque tive um enfarte. Porque tive não sei quê, não sei que mais, porque se calhar isso ia-me ...

- Voltando à questão, realmente aquilo que nota por parte da família antes do enfarte, depois do enfarte, é que é aquela protecção que tentam impor.

- Exactamente. No fundo digamos que é uma, se calhar é próprio, não sei, mas também porque a minha companheira é da área de saúde, e portanto se calhar, aquilo... se calhar não, leva a que... porque a ela passa-lhe muitos pacientes pelas mãos e portanto ela sabe perfeitamente quais são as sequelas que eventualmente podem vir daí, ou de um AVC ou não sei que mais... No fundo ela tenta-me proteger, não no sentido negativo, mas no sentido positivo, mas acho que de facto a protecção às vezes é um bocado exagerada, eu penso que é exagerada, ela não, não é?

- É normal.

- Se calhar os médicos também não é assim mas....

- Portanto, prosseguindo, com a ocorrência desta doença, do enfarte que você já sabe, o que é que mudou em relação à forma como passa os seus tempos livres? Quais são os interesses? Quais são as suas actividades recreativas?

- Olhe deixei de fazer algumas coisa, como disse à pouco, que foi de fazer, o jogar andebol, mas tem outra vantagem, é que eu não caminhava muito, não andava muito a pé, e portanto agora ando muito mais a pé, ando mais de bicicleta e vou começar agora a fazer natação, porque me disseram que eu poderia fazer natação, disse-me ontem um médico amigo, e depois eu digamos que refugio-me nessas bricolages, porque eu de facto, eu acho que gasto muito melhor o tempo, gosto muito de ouvir música e tudo o que seja música, concerto e tal eu estou lá.

- Mas que tipo de concertos é que gosta?

- Gosto muito, eu toquei saxofone durante muitos anos. Tenho um irmão meu que é mais novo, nós somos 6 mas somos 3 que fomos para a música, esse meu irmão mais novo que é director do X, esse tirou o curso de conservatório mesmo de violoncelo e a minha irmã que trabalha na câmara do Porto, essa tirou violino.

- Não tem nenhum pianista?

(risos)

- Não por acaso não tenho, mas eu gosto muito de tudo o que seja Jazz eu adoro... o saxofone, eu gosto, eu adoro.

- Queria perguntar que tipo de alimentação faz? Alterou os seus hábitos alimentares depois do enfarte?

- Muito, digamos que, eu penso que considero 100%, digamos que não tinha horas rígidas para fazer a alimentação, ora comia uma sande ora comia uma feijoadada...

- Nem pensava naquilo que comia?

- Exactamente, portanto eu agora tenho a preocupação de ao despertar 7 horas da manhã tomar a medicação, tomar o pequeno-almoço, 2 horas depois comer um iogurte, uma peça de fruta, qualquer coisa, ao meio-dia, meio-dia e pouco, entre o meio-dia e a uma, mais ou menos, ir almoçar, 4 horas da tarde um chá, um pão torrado, às 19H, se o jantar for um bocadinho mais tarde, entre as 4 e as 9 ou quê tomo outra coisa, ou então antes do jantar como 2 peças de fruta, e depois é o jantar, depois é andar um bocadinho a pé, e depois é antes de o ir deitar um chá com 2 bolachas ou qualquer coisa, ah e bebo muita água. Bebo muita água, neste momento bebo mais de 3 litros de água por dia, o que é muito bom pois consegui emagrecer neste momento 9 Kg.

- É normal, enche com água.

- Exactamente.

- Enche com água não enche com kilos. Quem é que se preocupa com a sua alimentação?

- A minha companheira, e por inércia eu próprio também, não é?

- Como considera a informação, os ensinamentos dados pelos enfermeiros relativamente à alimentação? Os ensinamentos, quando teve alta, se lhe explicaram (os enfermeiros) que tipo de alimentação é que tinha, se achou pertinente, no caso de lhe terem feito.

- Penso que da parte de enfermagem não abordaram muito isso, porque penso que as unidades hospitalares já estão apetrechadas com outros técnicos da área de alimentação e a quem lhes incumbem mais ou menos isso, e penso que, notei que da parte de enfermagem não havia uma preocupação muito grande porque sabiam... acho que de facto eles não estariam muito preocupados em dizer você... disseram você vai ter de mudar os seus hábitos de alimentação, mas não estiveram a especificar, você vai ter de comer carne branca, saladas...

- Disseram que tinha de mudar mas não especificaram.

- Especificaram, quando não especificaram, porquê? Analiso eu, não sei se estou errado se não, porque por trás sabem que está alguém da área da saúde que vai informar, o que foi o caso porque tive uma dietista que me fez uma planificação da alimentação que eu tinha que seguir.

- Quer dizer então que os ensinamentos podiam ter sido melhorados, na parte de enfermagem? Em relação à alimentação?

- Penso que sim, mas também penso que eles se calhar terão adquirido já esses conhecimentos, mas se calhar não os exerceram porque sabiam que havia uma retaguarda que iria fazer, digamos...

- Em relação à mobilização, que actividade física teve? Portanto tinha antes e depois do enfarte?

- Andava um bocadinho de bicicleta, de bicicleta andei sempre, que eu gosto, e jogava andebol, não falo de federados, fazíamos treinos e jogávamos contra empresas e uns contra os outros, depois do enfarte entrei em outra linha de actividade desportiva, que é, fazer caminhadas, andar bastante a pé, fazer na mesma a bicicleta, que gosto de fazer, e

agora vou fazer natação porque acho que também me faz bem e porque sei que posso fazer, inicialmente, como disse a minha companheira, como fisioterapeuta não me aconselhava a fazer natação, mas agora sim, por exemplo, ela teve uma preocupação enormíssima comigo que foi fazer cinesiterapia respiratória, porque a gente fica ali um bocado atrofiado, e com aquele tempo parado e portanto todas essas coisas ajudaram a fazer...

- Como sentiu as dificuldades quanto à mobilização após o primeiro enfarte? Falou à bocadinha que se sentia-se mais atrofiado, mais...

- Sim claro, também se calhar fica-se um pouco debilitado, e depois porque se está uns dias sem actividade, deitado na cama, de pé, mas depois de facto, há um próprio, digamos que há um bypass ali entre o fazer e o não fazer a actividade porque não sabe se vai fazer bem se vai fazer mal, então opta-se por não se fazer,

- Na dúvida não é?

- Exactamente, na dúvida a gente fica, será que vou fazer, será que não vou fazer? Mesmo com o acompanhamento que eu tive, acho que, fiquei ali um bocadinha mal, aquele tempo, um bocadinha mal, acho que deveria, claro, lá está, quem sou eu, a área de enfermagem e de medicina para mim é zero, é igual a zero, se fosse da parte de imagem, de televisão, saberia esclarecer isso, mas a gente refugia-se sempre no que um diz, no que outro diz, e eu não sei se vou fazer bem, se estou a fazer mal, então em vez de fazer e não fazer prefiro me resguardar, e se calhar, isso vai-nos levando a uma inactividade, ficamos inactivos, um pouco ali... depois penso que haver ali um clic de alguém para nos fazer novamente...

- As pessoas com quem vivia como estimulavam para a realização de actividade?

- Exactamente, era isso que eu ia dizer, que depois a determinada altura comecei a perceber que... eu continuo a dizer que a minha companheira nesse aspecto foi fundamental, foi e é, foi a motivação com que me...

- Estimulou.

- Estimulou, a minha mente para eu fazer determinados exercícios.

- Não ter medo.

- Exactamente, a não ter medo, que poderia fazer isto até um determinado ritmo, por exemplo ela nunca me deixava fazer mais do que 10 minutos de bicicleta por dia, não me deixava caminhar mais do que $\frac{1}{4}$ de hora por dia, depois passei a meia hora, portanto, tudo isso, foi além, de como disse o médico, eu disse-lhe que teve sorte, ele disse-me a determinada altura, não se você é católico, eu disse sou católico, praticante, não sou um acérrimo praticante mas sou praticante quando posso, pelo menos visito a casa do meu pai quando posso, e por tal motivo ele disse-me, então agradeça a ele por você ter ficado cá, então eu também agradeço um pouco à minha companheira todos estes, digamos toda esta programação que ela me fez, não prescrita mas oralmente me foi dizendo como é que eu havia de fazer.

- Foi orientando.

- Exactamente, oralmente foi-me dizendo fazes assim, agora fazes assim, agora já podes fazer assim, deves-te agasalhar, não deves andar à beira mar assim, e portanto todas essas coisas foram coisas que eu, embora se calhar soubesse mas nunca era para mim, mas assimilando e fui gravando e fui constatando que isto era o ideal para mim.

- Outra pergunta. Quais as preocupações que tem quando faz exercício físico?

- Essencialmente eu vou-lhe dizer, tento não forçar muito, tento não chegar ao pico da dor, se eu me sentir que estou a ficar cansado, prefiro parar, acho que, como digo eu adquirir outras coisas na minha vida que de facto me levam a ponderar todos esses elementos, como digo eu não faço nada que hipoteticamente eu esteja a ver que me vai por em causa algo, que me vá prejudicar a minha saúde, como digo, faço exercício, faço a caminhada, ando de bicicleta, embora a bicicleta que eu tenha seja devidamente, mais ou menos credível a aparelhagem que lá tenho, desde a pulsação, desde os quilómetros que percorro, e não sei quê, porque nunca é credível aquilo, não é? É sempre falível, mas tento não exagerar no ritmo cardíaco, no tempo que faço, no percurso, se hoje fiz 20 minutos amanhã não vou fazer 40, faço 23 ou faço na mesma 20, não estou preocupado, para mim o importante é eu fazer e manter essa cadência.

- Muito bem. Mais uma pergunta. Como considera a informação/ensinos dada pelos enfermeiros? Relativamente ao exercício físico. Lembra-se de eles terem feito ensinamentos?

- Pronto eu penso que isso também não aconteceu, também não foi por acaso, eles aperceberam-se que eu tinha uma pessoa que estava por dentro disso, a companheira, também, se calhar, mas eles digamos que alertaram para algumas coisas, não aprofundando porque viam... disseram assim, o tempo que eu ia gastar aqui com este doente, vou se calhar... não sei, será o meu raciocínio, estará correcto, mas penso que se calhar estará, vou aproveitar o tempo que não gasto aqui com este paciente e vou passar a um outro que se calhar tem outras limitações, este aqui está bem acompanhado, tem uma pessoa que o vai ajudar, demos-lhe o essencial e em vez de estar aqui hoje, logo à tarde, amanhã de manhã, a dizer-lhe você vai ter fazer isto, a sua vida vai mudar nisto, a sua vida vai mudar naquilo, não pode não sei o quê, não pode exceder-se, não pode apanhar frio, deve andar sempre com um bom calçado, eles aperceberam-se que de facto essa preocupação, esse tempo, eles podiam gastar com outros pacientes que se calhar era muito mais útil, penso eu. Não sei se a minha análise estará um bocadinho correcta, mas eu acho que eu apercebi-me, e se não é assim que me perdoem mas não é desprestigiar a classe mas eu acho que se calhar, eu apercebi-me que eles fizeram isso, sem intenção de me por de lado mas com intenção de ajudar outras pessoas que...Na cardiologia, senti que de facto, ora bem eu não sei se esta minha análise será bem interpretada ou não, mas a minha formação também dá para perceber, os contactos que tenho, a minha universidade da vida digamos que me preparou para alguns momentos e eu consigo também ler mais ou menos o pensamento das pessoas e eu consigo perceber, modéstia à parte, consigo perceber que as pessoas não foram tão exaustivas comigo em determinados pormenores de determinadas tarefas que eu teria de futuramente desempenhar a partir daí porque eu tinha essa pessoa atrás de mim que eles aperceberam-se, sabiam perfeitamente que me iriam marcar essa cadência, e penso que eles se calhar aproveitaram esse tempo que eu constatei com outras pessoas que estavam...Outros companheiros na doença, que de facto por outras circunstâncias da vida que não vale a pena estar aqui a esmiuçar, perdoem-me o plágio,

estavam muito mais limitados e a partir daí eu acho que eles se preocuparam muito mais com esses doentes, se calhar bem, penso eu, se calhar bem...Na consulta o enfermeiro Y falou-me. Perguntaram-me sobre o que eu faço, não faço, faz bem, está bem, sim senhor, muito bem, até porque por exemplo neste momento, eu a semana passada fiz umas análises completas a todo o sangue e de facto os valores estavam todos exactos, e então o médico disse foi você continue assim que continua bem, mas tenho um irmão meu, esse irmão mais novo, que ele fuma o se havana, o seu charuto, um charuto por dia e eu muitas vezes dizia-lhe eh pá isto faz-te mal, esse fumo, e ele dizia-me um dia vais morrer com saúde, e eu quase ia morrendo com saúde...

- Enganaram-se

- Enganaram-se, exactamente, exactamente.

- Olhe, quais as alterações que a sua patologia, portanto o enfarte, provocou no seu sono e repouso? Principalmente no sono.

- No sono inicialmente, digamos que condicionou-me no sentido que eu estava sempre preocupado se iria-me acontecer uma dor, se eu não estivesse acordado. Por estranho que possa parecer, não vou andar aqui agora a arranjar outros adjectivos menos bons, mas eu estava convencido que teria de estar acordado para estar alerta de algo que hipoteticamente pudesse novamente acontecer. Depois com o tempo fui-me apercebendo que de facto teria que abandonar essa ideia e ainda bem que foi porque, pronto felizmente eu deito-me, deito-me 11H30 meia-noite, dependendo do serviço que eu tenha ou se estiver no estúdio saio à 1 ou 2 da manhã e aí já me deito mais tarde, mas por norma deito-me meia-noite, meia-noite e meia hora, e levanto-me às 7 da manhã e graças a deus durmo bem.

- E o seu descanso no hospital? O sono, o descanso, como correu?

- Não, peço perdão, eu acho que não, correu-me bem o único momento menos bom foi quando estava nos cuidados intensivos em B., onde fui muito bem tratado, sem querer estar a individualizar, mas fui muito bem tratado, quando digo muito bem, eu estive lá a maior parte do tempo, depois só vim aqui para G. para fazer o resto dos procedimentos e ... Nessa noite estava lá uma pessoa que estava muito mal e de facto provocava algum

- Alguma agitação.

- Algum incómodo, alguma agitação naquilo, mas que facilmente foi debelada pela equipa de enfermagem que estava lá.

- Dor cardíaca sente dor cardíaca, dor no peito e em que actividades é que essa dor está mais associada?

- Eu posso-lhe dizer que às vezes por exemplo se me, se entrar um caso, não sei se será stress, se me excitar um pouco mais, ou por questões de serviço, não é que sinta uma dor, sinto assim uma compressão na parte de baixo do mamilo, não sei se isso tem alguma coisa a ver com a parte cardíaca, mas...

- Já referiu isso à sua médica...

- Por acaso não, venho agora aqui em Janeiro, mas já notei isso 2 vezes.
- Quando vier à médica... fale-lhe nisso, já vai fazer prova de esforço, electrocardiograma também já dá para ver, principalmente através da prova de esforço, mas é só associado ao stress não tem nada a ver com actividade.
- Não não, normal, mas por exemplo se houver uma situação menos boa, por exemplo na minha actividade profissional, no carro de exteriores tenho debaixo da minha alçada 42 pessoas, e como tudo na vida, este tem um feitio, aquele tem outro, aquele tem uma fama, não sei quê, e então às vezes é um pouco difícil controlar aquele...
- Tantos feitios.
- Aqueles, maus feitios ou bons feitios, porque para nós pode ser maus mas para eles pode ser bom feitio, se calhar é bom quando as pessoas explodem e não acumulam determinadas cargas dentro deles próprios, para eles é bom, para quem está próximo é um bocado mau, ou posso eu pensar que é mau, mas se calhar em alguns momentos eu penso e tenho quase a certeza que é mau, então aí há uma aceleração, e nessa altura eu, foi 2 vezes que eu senti essa coisa... mas de resto graças a deus não tenho sentido mais nada.
- Portanto tem medo de ter dor no peito.
- Tenho, tenho medo de dor no peito. Embora, a minha digamos a imagem que eu tinha de ter um enfarte é quando as pessoas se queixam de dor no braço, no peito, neste ou naquele o que a mim não foi essa...
- Às vezes há dores atípicas, no seu caso sei que o senhor é diabético, normalmente quando são diabéticos pode estar mascarado.
- Exactamente, eu acho que sim aquilo estava um pouco, estava ali um bocado silencioso.
- A diabetes, desculpe interrompe-lo, na diabetes há uma diminuição da sensibilidade por parte do organismo, portanto se o senhor é diabético o organismo não está tão sensível para dar esses sinais de alarme.
- Claro claro, se calhar é isso.
- Mas a ideia que você tem de dor, portanto no peito, opressiva, no braço esquerdo, na mandíbula, às vezes pode ser um mau estar no estômago é verdade, e essa ideia que você tem de ardência também é típica.
- Eu agora sei ao certo, tenho um certo receio porque é assim, toda a gente diz que não se importa de morrer mas quanto mais tarde melhor...
- Ninguém quer morrer.
- Como diz um amigo meu, se vais para te deitar ainda é cedo, como é que ele disse? Se vais para te deitar ainda é cedo, se vais para ... já não sei como é que ele disse...
- Mas eu percebo o sentido.

- Se vais para te deitar é cedo, se vais para te deitar é tarde, é um provérbio que ele me... porque eu disse oh pá tenho que me ir embora, tenho que seguir mais ou menos dentro das regras. Se é para te deitares oh pá ainda é cedo, se te vais deitar já é tarde. Por tal motivo, isto vindo de encontro à pergunta a gente tem sempre medo, um certo receio, e nunca sabe quando é que pode existir dor ou pode não existir dor.

- Trata-se do coração, um órgão vital.

- Mas porquê? Não? Mas é um órgão diferente dos outros, é o órgão chave.

- É a nossa bomba.

- Embora um rim também seja um órgão chave, o fígado não sei o quê, mas o cérebro mas aquele é digamos o que irradia o oxigénio para o resto dos outros, o oxigénio e o sangue, e portanto faz chegar ali tudo direitinho, ou chega a tempo ou então já é tarde, os outros queixam-se e já não tem tempo de se queixar mais.

- Morrem.

- Exactamente

- Como vivenciou a dor que sentiu no primeiro enfarte?

- Como vivenciei?

É uma pergunta um bocado difícil de responder. Vivi inicialmente como um mal-estar nas costas, algo que tinha ali que estivesse a passar éter...

- Uma ardência...

- Uma ardência, mas depois a determinada altura consegui chegar à conclusão que só deitado é que estaria bem, é que me aliviava, digamos a ... não foi bom, não foi muito bom, não lhe consigo descrever assim mais pormenorizadamente como se calhar gostaria que lhe descrevesse só porque tive essa sensação, e aguentei muito tempo essa pressão, eu posso-lhe dizer que aguentei isso mais de hora e meia.

- Isso é que fez mal.

- Pois se calhar.

- Agora já sabe.

- Mas porque não sabia e até porque tive o acompanhamento desse médico que me disse poderia ser hipoteticamente de um salto que eu tivesse dado no... e que me tivesse provocado algo na coluna ou uma coisa qualquer, ...

- Foi uma dor atípica.

- Exactamente, e então só quando há a segunda queixa, aí é que de facto ele começou a consciencializar que de facto havia algo mais do que seria isso e foi quando ele me levou para determinado local onde tinha de facto instrumentos para poder certificar-se de que a situação era um bocado grave. Um bocado é favor. Digamos graças à medicina é evidente, mas graças a alguém que eu acredito fundamental, não me deixou ficar

nenhuma sequela, penso eu, não sei a parte de cérebro, mas também fui muito bem tratado, eu fui bem acompanhado por um médico, trouxe oxigénio para qualquer situação podia oxigenar o cérebro, eu sabia que vinha ali digamos protegido, embora eu continuo a dizer que isso às vezes não chega, e portanto eu sei que a gente constata no dia - a - dia, ou pessoas próximas ou muito próximas de nós, que a gente constata, teve isto e ficou com esta sequela, ficou com isto, ficou com aquilo, e eu felizmente para já penso que não fiquei assim com sequela nenhuma, por tudo o que eu já explanei, desde o atendimento no sítio, o acompanhamento até chegar ao local onde puderam fazer digamos a desobstrução da...

- Coronária.

- Coronária que estava entupida e depois a sequência cronológica até eu ter alta. A partir dali é seguir os conselhos médicos.

- Eu ia-lhe fazer uma pergunta que é: Quais são as estratégias que utilizou para superar a dor? Na altura quais foram as estratégias que utilizou para superar a dor? E acha que os enfermeiros ajudaram a utilizar essas estratégias ou não?

- Quando me deu o enfarte?

- Quando teve dor.

- Quando tive dor. Por incrível que pareça eu também tinha um enfermeiro comigo, que é o Y..., e que me disse eu tenho ali medicação que se calhar dava para te a dor mas como está dentro das normas eu não vou arriscar, que isso é para aí uma coisa qualquer, eu penso que por ser atípica a dor que me deu, os meus grandes amigos que estavam lá sendo da área da medicina não aconselharam como é que eu havia de debelar a dor porque eles também não estavam a referenciar bem aquela dor, eu acho que eles estavam a levar para uma outra situação que não o enfarte, só quando da segunda vez aí eles aperceberam-se de facto quando eu já não conseguia estar de pé, praticamente não podia, até que a determinada altura um dos médicos disse-me assim então vais encostar aqui a cabeça, vou-te arranjar uma travesseira, eu estava numa cadeira de rodas e ele tombou a cadeira de rodas e eu encostei a cabeça à barriga dele. E eu disse hei pá portanto, penso que foi a partir dessa fase mais ou menos antes um pouco que começaram a aperceber e começaram a ajudar-me a controlar melhor essa dor... mas só a partir dessa fase. Porque eles já estavam devidamente, digamos já estavam, já estavam no caminho mais ou menos daquilo que devia ser. Embora não tivessem ainda digamos a 100 por cento todas as informações, mas era uma questão de tempo, era uma questão de fazer um ECG, para chegar, para obter os valores, era aquilo que estávamos a pensar. E por tal motivo, penso que aí as precauções que tomavam desde o deitar, o fazer encostar a cabeça, isso foi digamos ajudando a que eu pudesse estabilizar e controlar melhor a dor. Controlar eu próprio com a ajuda deles.

- Em relação à sexualidade como vivia antes e após o EAM. Houve mudanças significativas?

- Ela felizmente, a minha actividade sexual é boa. Na altura era muito boa e também é mas inicialmente na parte da medicina eu recebi a informação que durante um mês não poderia ter actividade.

- 4 a 6 semanas...

- Não poderia ter actividade sexual, mas sou um homem de palavra e que assume que passados quinze dias estava a ter actividade sexual. Embora me dissesse não podes, eu não quero, não podes, mas eu tinha de ter. Sinto que se calhar a minha companheira me ajude um pouco a não ter um esforço tão grande mas eu adoro muito, a parte sexual, não prescindindo dela, enquanto tiver... Quando acabar, paciência...Acabou...

-Olhe, o que tem mais medo durante o acto sexual?

- Digamos que eu consigo controlar muito bem, consigo prolongar, consigo controlar muito bem a parte sexual. Tenho, alias isso é uma das coisas que eu tenho e que a minha companheira diz...

-Libertar o stress...

- Libertar o stress, mas tenho medo que um dia, não consiga fazer isso no momento e em vez de gritar em vez de digamos, a e exercer digamos o grito do meu contentamento possa surgir ali um momento que.

- Em relação ao EAM e ao acto sexual tem algum medo, de ter dor de se sentir mal?

-Quer dizer tenho e não tenho, tenho lá está, a minha companheira diz atenção que não devemos fazer assim, não devemos fazer assim e isso digamos que me incute digamos um certo receio e uma certa segurança, não é segurança. Eu tento arranjar uma certa segurança mas se ela me diz isso e então eu tento digamos, não ir para além. O que eu penso que seja o bom, tento ir até ao óptimo e não ir além do óptimo.

- Que estratégias utiliza para tentar minimizar?

Tento...

- Há várias estratégias que pode utilizar.

Exactamente...Exactamente...Isso mesmo.

- Os enfermeiros fizeram ensinamentos relativamente a isso?

-Não, não fizeram. Mas posso lhe dizer que também por isso venha de encontro a isso, o facto de se aperceberem que eu estava com uma pessoa. Mas nós conseguimos chegar sempre a um acordo mútuo sexualmente, então eu evito de estar muito na posição superior, em cima da mulher, faço sempre uma parte mais eu em baixo da mulher...

-É uma das estratégias que podem ser utilizadas...

-Exactamente... E consigo controlar muito mais, estar muito mais tempo, consigo e consigo não entrar em pressão. Consigo estar muito mais relaxado. Mas noto que é uma posição... E portanto, mas reconheço que em determinadas posições o esforço é muito maior...

-Há várias estratégias que pode utilizar... como sendo não fazer depois das refeições...Há várias...

-Sim claro...

- Mesmo na consulta falaram -lhe nisso?

-Não. Inicialmente falaram nessas coisas mas essas coisas para mim

-Já sabia.

-Já eram do meu conhecimento, Portanto eu essas coisas tento não ir para... Sei que o risco é muito maior, hipoteticamente será muito maior. A gente nunca sabe quando o risco é grande mas sei que, digamos que se eu estou a fazer a digestão e o coração está a bombear o sangue todo para o estômago, sei que ali vai haver uma duplicação de...

-Esforço.

-Portanto eu tento evitar, portanto evito, e prevejo e antecipo ou então prolongo e daqui a 2 horas ou 3 faço. Portanto, eu consigo conciliar essas coisas. Agora no momento íntimo, sinceramente depois tento não...

- Mas acha que o EAM o afectou? Numa primeira fase?

-O afectar, afecta-nos sempre tudo, uma doença vai nos obrigar a arranjar...

- A adaptarmo-nos?

-Obriga-nos a um estilo de vida novo, uma forma de estar, uma forma... depende conforme for a doença penso eu, digamos vai-nos obrigar a criar auto-defesas. Às vezes se calhar não são as melhores auto defesas. Será a medicina a nos esclarecer se esta será melhor defesa ou será a pior. Por isso é que eu digo, felizmente sou privilegiado nesse aspecto porque tenho uma pessoa, que ajuda nesse aspecto...Que diz vamos fazer assim, vamos fazer assado, debes estar sentado nesta posição, não debes fazer esforço. Todas essas coisas, por isso é que eu digo, que se calhar todo o acompanhamento da equipa de enfermagem, os próprios médicos falaram com a minha companheira e aperceberam-se perfeitamente que ela era uma pessoa que estava integrada em todo o problema e com conhecimentos básicos para me poder ajudar. Penso que eles não foram tão efusivos, sempre ali a pressionar.

- Exhaustivos.

-Exhaustivos e não estiveram sempre ali a pressionar e não sei quê, porque se aperceberam que havia essa pessoa que me ia ajudar em todos esses pormenores, que para mim são pormenores mas que são importantes na mesma.

- Uma pergunta: Considera que se conhece bem? E o que acha que os outros pensam de si? Como considera que foi a sua existência?

- Essa é uma pergunta muito difícil. Olhe conhecer-me bem, eu não sei em que possa explicar isso. Conhecer-me bem? Em que aspecto?

- Nos vários aspectos da sua existência.

- Como ser humano?

- Sim, como ser humano.

- Como ser humano, eu acho que sou uma pessoa de bem, sou uma pessoa que não gosto de espezinhar o meu próximo, tento ser o mais justo e correcto com todos, humildemente já fui ter com alguém que tinha espezinhado inadvertidamente e pedi desculpa, não quer dizer que seja perfeito, que não sou, mas perdoe-me a redundância não sou perfeito e portanto eu acho que tudo o que eu fiz para que não prejudique A B ou C, seja justo com o próximo, para mim é primordial, para mim é importante,

- O que é que acha que os outros pensam de si?

- Acho que tenho muita gente que pensa muito bem de mim, mas sinceramente porque sou amigo do meu amigo, sou amigo do meu inimigo e sou amigo daquele que não é sequer meu conhecido, não sei se consegue perceber o que eu quero dizer. Eu consigo ser amigo mesmo daquele que está longe e que lança um alerta, que precisa de algo e eu estou cá, por isso é que eu digo, não sendo mesmo meu amigo e mesmo não o conhecendo ou não o conhecendo mas se o alerta veio é porque de facto ele está em aflição, e se eu posso eu faço, não me importo de fazer, porque há um, digamos uma norma que eu tentei seguir na minha vida e que isso eu consegui registar, o meu falecido pai um dia me disse que era preferível ter um amigo que 20 escudos na carteira, e andava muitas vezes a dizer isso. E um dia eu interroguei-o e disse-lhe: Mas porque é que se eu tiver 20 escudos para mim é bom ou 100 escudos, ele disse: não, estás enganado tu podes ter 100 escudo na carteira estares num local onde não há nada para comprares para comer e se tiveres um amigo ele dá-te de comer, portanto essa para mim é uma máxima que eu tento preservar.

- Como descreve a sua experiência/vivência antes, durante e após o enfarte?

- Mas, está-se a referir a vivências na vida quotidiana?

- Em relação à saúde e à doença.

- Antes, a gente nunca se apercebe o que nos possa hipoteticamente estar a acontecer, até porque é um descuido próprio. Nunca vamos ao médico, porque há uma preocupação.

-

- Exactamente. E depois obriga-nos, digamos, a estarmos muito mais, a fazermos um auto-controlo a nós próprios mesmo em termos de tempo, de preocupação e de... aparece uma dor vai-se ao médico porque quer saber se é um pulmão se é não sei quantos, se é um rim, se então sei quê mas eu aqui remataria com esta frase: não vale a pena andar muito na medicina, claro que devemos andar acompanhado por alguém que saiba, mas quando chegar o momento é nos desligado, a gente pode pensar que é o rim, mas não acontece o rim, é isto e se não é aquilo é outra coisa e no entanto a gente olhe... ele estava tão bem, parece que vendia saúde, mas já foi.

- Muito bem, e a vivência pós enfarte?

- A vivência pós enfarte, digamos que... limitou-me sempre um bocado, e quando digo limitou-me quer dizer que... obrigou-me a ter outros receios, a ter outra postura na vida, a

ter por exemplo uma postura que não tenho agora neste momento, não é, a gente considera estar sentado é estar numa postura, neste momento estou numa postura... obrigou-me a ter outra postura na vida, em determinadas coisas, não frequentar determinados locais, evito locais de fumo, evito locais de muito barulho, porque me altera, penso que altera o sistema nervoso, não será mas será o stress ou qualquer coisa, portanto recato-me, digamos assim, um bocado mais em termos de pôr o meu corpo à prova de algo.

- Como descreveria a experiência de ter um enfarte? Se tivesse de dizer a alguém o que é ter um enfarte, como descreveria?

- Se calhar diria: não é difícil morrer...Porquê? Fez-me essa pergunta mentalmente. Porque naquele momento eu teria partido sem digamos ter sofrido uma milésima do que outros ser humanos já partiram, e que sofreram bastante, eu teria partido digamos com aquela sensação de mau estar, mas que não seria digamos diagnosticada... para mim não foi um sofrimento, embora fosse um mau estar, mas não era um sofrimento como eu vejo determinadas pessoas a passar anos e anos e anos sofrimentos penosos.

- Claro, morrer não custa, custa é sofrer.

- Exactamente, eu descrevia que morrer não custa, assim não custa.

- É bom para quem ouvir.

(risos)

É melhor ter um enfarte

- Exactamente.

- O que mais temeu quando se deparou com um diagnóstico de enfarte? Quais foram os medos que teve?

- O medo... o medo todos temos... mas o medo eu acho que foi, sinceramente, foi o ter consciência que um dia eu iria partir custasse o que custasse, ou custe o que custar, porque... como é que eu lhe conseguiria descrever aqui este momento, acho que é um momento tão rápido que quase não conseguimos juntar frases ou construções para conseguirmos descrever seria assim seria assado, acho que... acho que seria um bocado demagogo estar aqui a dizer determinadas coisas que não estariam correctas ... é um momento sempre muito difícil esse... eu acho que...

- Só quem passa.

- Exactamente. Era isso que lhe ia tentar dizer, porque quer dizer, é fácil dizer, é assim, é... mas quem nos escuta, eu aqui estou-me a pôr noutros momentos em que já escutei outras pessoas, não leva aquilo tão a sério, não leva a sério, não leva a sério, sim senhor porreiro, ... mas digamos que não serve de aviso para outrem.

- Goza de suporte económico e social para fazer face às exigências da doença?

- Como disse à pouco, eu felizmente sou uma das poucas pessoas privilegiadas da vida, tenho emprego e tive saúde, e sou um indivíduo que por norma não tenho grandes vícios,

não me preocupa muito se vou deixar 10, 20 ou 30 mas também não me preocupa se vou gastar 5 ou 10.

- Como é que os enfermeiros se preocuparam com a sua segurança no hospital?

- Muito bem, muito bem, eu fui muito bem tratado pela equipa de enfermagem, por acaso, por incrível que pareça, penso que nestes dias todos que eu estive internado só me apareceu um enfermeiro do sexo masculino, de resto foram sempre do sexo feminino, mas foram sempre muito atenciosos, muito gentis e muito profissionais, na minha óptica, claro que se calhar sendo analisados por superiores hierárquicos com outros conhecimentos, se calhar... não sei, eu falo por mim, por mim eu acho que fui muito bem tratado.

- Como é que os enfermeiros lhe fizeram os ensinamentos para a sua alta? Se os fizeram?

- Fizeram. Fizeram ... Sabe deram-me algumas dicas, mas... disseram o que havia de prepara... digamos que essas perguntas é um pouco como as cerejas e é conforme a gente as vai digerindo vai-se alimentando mais, mas de facto é ... a equipa de enfermagem por exemplo, no primeiro ... no segundo dia que eu me levantei, não me deixou ir tomar banho sozinho, pôs outra pessoa comigo, eu vou-me lembrando assim de determinados pormenores e... por exemplo ajudaram-me que eu não deveria ter movimentos bruscos, ao pentear o cabelo deveria pentear de uma forma, ao escovar os dentes... ao cortar a barba não deveria cortar a barba numa determinada direcção, sempre noutra direcção, pequenas coisas que eu me estou agora a lembrar mas que a gente às vezes pensa que não são relevantes mas que são importantes para podermos, digamos, não alterar aquilo que já estava bom para o lado mau.

- Quais são as suas perspectivas futuras?

- Só a Deus pertence.

- Não tem prognósticos?

- Não prognósticos como diria um primo meu, como disse um primo meu, prognósticos é no fim, só no fim do jogo. Não, é assim, perspectivas eu... eu as minhas perspectivas digamos que não ... não quero alcançar o céu com as pernas, por isso é que eu disse que só a Deus pertence, e eu espero que Deus me dê sempre capacidade de raciocínio para poder partir com dignidade.

- Outra pergunta. Como eram os seus hábitos relativamente à alimentação, tabaco, bebidas alcoólicas, exercício físico, medicação, antes do enfarte e que alterações é que houveram?

- Não, quer dizer, eu penso que nesta longa conversa já falei assim, enumerei N situações, mas, os meus cuidados alimentares eram quase impensáveis, ora comia uma sande ora comia uma feijoada, portanto eu, porque não se tem a noção do que pode acontecer, exercício físico fazia algumas vezes mas não fazia tantas quanto deveria ser necessário, descurava-se um pouco desse lado, eu descurava muito a parte do descanso a parte do aliviar a mente, ... isso foi uma das coisas que eu tive de alterar para esta nova fase da minha vida, que foi ter a capacidade de comer determinadas gramas de peixe, determinadas gramas de carne branca, determinada salada, determinada disto,

determinada daquilo, e portanto tive, digamos que ... não sendo uma volta de 360° penso que foi nos 180°, 190°.

- 360° voltava ao mesmo.

(risos)

- Exactamente, praticamente, praticamente.

- 180 já é muito bom.

- 180.

- Qual o papel do enfermeiro nessa alteração? Acha que os enfermeiros tiveram algum papel nessa alteração?

- É assim, eu....

- Através de alguma consciencialização?

- É um bocado difícil responder a essa pergunta, eu vou-lhe explicar porquê. Lá longa data, lá longa... que já vai longo o tempo do enfarte, a gente começa agora a perceber que pequenas frases eram importantes, que no momento nós achávamos que eram irritantes, pequenos pormenores, do levantar-se, da forma como se levanta, a forma como faz este movimento a forma como vai atar os atacadores, é assim... passado este tempo todo eu chego à conclusão que foram coisas muito úteis, mas se faz a pergunta, no sentido, no momento logo após o enfarte, nós não damos bem o devido valor a determinadas dicas.

- Estamos preocupados, não é?

-Exactamente, exactamente. A nossa preocupação é...

- Sentirmo-nos bem, não?

- Passar o tempo rapidamente e para que a gente saia dali.

- É?

- Exactamente, é, porque acho que é um pouco digamos, o ... vou-me sair rapidamente desta prisão, não é propriamente uma prisão mas, eu se estiver lá fora eu melhora mais rapidamente, é o contrário mas...

- Considera que ser bombardeado com informação logo na altura em que entrou no hospital não é a melhor opção.

- Não é o melhor momento, acho que sim, porque como eu lhe disse, eu ouvi, este tempo passado, eu começo a meditar e agora que as perguntas vão-se desencadeando eu recordo-me de algumas ...algumas ajudas, algumas dicas pertinentes, se calhar passado um mês seriam mais digeríveis pelo próprio paciente.

- Morte, vou falar sobre a morte, alguma vez pensou na morte? Como a vê? Qual a sua crença?

- Penso muitas vezes na morte, quer dizer que penso...
- Você pensou quando teve o enfarte?
- Não, sinceramente não pensei, e vou-lhe explicar porquê, porque eu como disse, eu tive um acidente em 90 em que estive do lado de lá e voltei para o lado de cá, portanto eu tive perda de reconhecimento, só comecei a administrar quando tive reconhecimento, quando tive... quando voltei novamente a ... portanto eu sei que estive do lado de lá e foi-me dado uma oportunidade. Desta vez com o enfarte eu acho que também já me foi dado mais uma segunda oportunidade. Daí eu dizer que não me preocupa muito se vou morrer assim, se vou morrer assado, por... como lhe hei-de explicar, não querendo ser repetitivo eu vou-lhe transcrever um dos momentos que me marca na minha vida, que era a minha falecida mãe, eu dizia que se havia sempre de juntar dinheiro para o fato, para um dia que a gente parta pelo menos levar um fato e ela disse-me, sendo sempre uma pessoa muito poupada, muito trabalhadora, que não valia a pena pensar nisso, porque até poderia nem se levar fato, eu interroguei-a algumas vezes e ela disse-me: Um dia mais tarde tu vais-te aperceber quando te começarem a surgir os problemas no quotidiano, no dia-a-dia, então eu um dia estava de piquete e fui fazer uma reportagem sobre um autocarro de emigrantes que tinha-se despistado e estava tombado na berma de um rio, que tinha caído abaixo de uma ponte, e então, entre muitos acidentes que fiz mas esse foi marcante para mim, fiz um desastre conhecido, fiz muitos, muitos acidentes, mas esse estava um emigrante, o autocarro estava virado ao contrário, de rodas para o ar, e ele estava, parte do tronco da parte de fora do autocarro, a pedir para o ajudar,
- A minha companheira. Eu trato por filha mas é... está a ver a preocupação dela? Vai ao médico...então voltando um bocadinho atrás, ah estava esse emigrante com o tronco de fora, e ele pedia que nós o tirássemos dali para fora, mas nós estávamos impotentes, porque para já o autocarro estava... não o podíamos tirar... estivemos ali N tempo... até que a determinada altura ele deixou de falar... entretanto veio uma grua levantou..., isto para lhe dizer o que não é ter medo da morte. Porquê? Porque eu agora perdi-me um bocadinho aqui, mas penso que estou mais ou menos dentro da pergunta, ... a grua levantou, e ele estava guilhotinado, portanto ele estava a falar ainda porque ainda estava o sangue a bombear partes algumas, mas ele estava guilhotinado, então eles juntaram as duas partes e meteram dentro de um saco plástico, o que eu queria dizer com isto é que de facto não vale a pena a gente se preocupar da forma como vai, como vai ser ou como vai não sei quê... porque a gente nunca sabe como é que vai ser, se vai direitinho, se leva um fato, se vai dentro de um saco plástico, se desaparece. Fiz, como lhe disse, fiz muitos acidentes, um deles por exemplo, uma traineira, morreram 9 pescadores, até hoje nunca apareceram rastros deles, portanto não vale a pena...
- Não se sabe se o corpo se mantém.
- Percebe? Não vale a pena a gente estar a pensar, não... Olhe entrego nas mãos do criador.
- A religião é importante para si?
- A religião... importante para mim, embora eu não seja muito praticante da religião, mas para mim é muito importante o estar bem com Deus, o senti-lo perto de mim, percebe, naqueles momentos que a gente sabe...

- Mais complicados...

- Nos momentos bons e nos momentos maus, a gente às vezes, percebe, eu para mim acho que é, ... eu poderia-lhe responder de outra forma mas não acho que não seria correcto da minha parte, porque não vou fazer auto-criticas a quem pratica religião, se faz menos bem, não é a minha forma de estar, eu acho que para mim, ele para mim é importante, e tudo aquilo que eu possa ler sobre ele, ou quando falo com ele ou quando, acho que para mim é importantíssimo, ajuda-me em todos os momentos difíceis da vida, quando eu preciso ele está sempre presente, quando eu preciso ele está sempre presente, e eu tenho, acho que tenho ainda uma função a seguir enquanto cá andar que é ajudar o próximo. Porque eu sou médium, e portanto tive ajuda, a mediunidade é precisamente para isso, para ajudar os nossos irmãos que precisam. Há quem acredite, há quem não acredite, também não é obrigado a acreditar, mas eu ajudo essas pessoas, digamos que tento, tento ser o elo de ligação entre o além e o presente. Em todos os momentos que posso eu ajudo as pessoas, gratuitamente, a mediunidade é gratuitamente, daí eu à pouco lhe dizer que Deus nos dá 24 horas por dia e não nos cobra um tostão, e a mediunidade é feita gratuitamente, tudo o que fora exigir dinheiro a alguém é charlatice, charlatões, não... é mentira.

- Como considera que os outros se relacionam consigo, têm em conta a sua idade e as suas necessidades, que papel desempenha na família e na sociedade?

- Olhe eu acho que as pessoas relacionam-se muito bem comigo, eu gosto de tratar toda a gente por tu, trabalho com uma geração muito mais nova do que eu, mas não sinto preconceitos nenhuns nisso, nem eles sentem nenhum preconceito em relação a mim, acho que até sou tratado muito carinhosamente, acho que... para além da admiração que eles têm pelos meus... meus serviços profissionais, acho que eles também têm outro carinho pela minha forma de estar com eles. Em relação à parte familiar, tento ser o mais justo possível.

- E na sociedade?

- E na sociedade também, também tento ser o mais justo possível.

- Como é que os enfermeiros se relacionam consigo no hospital? Ou no centro de saúde?

- Prontos, é assim, olhe, tenho uma enfermeira que é que me faz lá no centro de saúde, me faz as provas todas, damo-nos bem, eu não tenho razão de queixa, é como digo, primeiro não sou uma pessoa muito exigente, sou muito exigente quando é na minha actividade profissional, porque aí estou por dentro e posso exigir, como disse à pouco, não melindrando ninguém, não menosprezando ninguém. Porquê? Porque a gente às vezes está a ver o problema mas o outro não está a ver, está a ver de outra forma, e portanto... vamos ver se chegamos ali a um consenso, e a uma forma de estar, nem eu sou dono da verdade nem ele é dono da razão, e portanto digo, tento chegar sempre ali a um consenso. Na sociedade também tento também ser muito justo, embora às vezes não seja tão justo quanto queria ser, ou quando desejaria ser.

- Às vezes é complicado. Quando foi falando com os enfermeiros, entregaram panfletos, tiraram dúvidas?

- Sim, sim, tiraram, como disse, de início foi sempre até muito mais a preocupação, lá está, porque penso que havia um serviço por trás que ... que eles não estariam tão... digamos que o libertavam para outras tarefas, penso eu, não sei se o serviço está bem montado, se está mal montado, porque também não sou grande conhecedor dessa área, pelo menos foram úteis naqueles momentos e no momento da minha saída do hospital.
- Muito bem. Em relação à promoção da saúde, em termos de obtenção de hábitos de vida, que apoios teve? Médico de família?
- O médico de família muito, o médico de família com a sua equipa de enfermeiros que tem lá.
- No centro de saúde?
- No centro de saúde.
- E cá no hospital?
- No hospital também, claro, mas é como digo, eu estive muito pouco tempo no hospital, graças a deus.
- Mas continua a ter apoios actualmente.
- Sim claro.
- De enfermagem e da parte médica.
- Sim, mas por exemplo se preciso de uma coisa qualquer, eu ligo ao meu médico de família e digo oh doutor, aparece aqui a baixo, isso não é mesmo aqui no hospital, por...
- Burocracias.
- Não é uma questão de burocracias, se calhar o serviço tem mesmo de funcionar assim, o hospital funciona para umas coisas e o centro de saúde funciona para estas coisas, no imediato, digamos que, o hospital deve estar mais preservado para outros atendimentos... mais personalizado o serviço, não é. Digo eu.
- Tem razão.
- Eu estive aqui pouco tempo, embora tenha aqui pessoas amigas, e não sei quê, mas acho que devo libertar este edifício para aqueles que necessitam de cuidados muito mais...
- Emergentes.
- Emergentes.
- Que você já não necessitava.
- Pronto Sr. X, já terminei a minha entrevista. Muito obrigada pelo tempo disponibilizado.
- Muito bem. De nada. Sempre ao dispor. Temos de ajudar a ciência!