FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA

SIGNIFICAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO DOENTE CONFRONTADO COM O SEU ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

PORTO
JANEIRO / 2000

FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA

SIGNIFICAÇÃO DAS VIVÊNCIAS DO DOENTE CONFRONTADO COM O SEU ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

PORTO
JANEIRO/ 2000

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas – Abel Salazar da Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Marina Prista Guerra.

"A ciência moderna legou-nos um conhecimento funcional do mundo que alargou extraordinariamente as nossas perspectivas de sobrevivência. Hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber viver.

Para isso é necessário uma outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos. A incerteza do conhecimento, que a ciência moderna sempre viu como limitação técnica destinada a sucessivas superações, transforma-se na chave do entendimento de um mundo que mais do que controlado tem que ser contemplado.

Não se trata do espanto medieval perante uma realidade hostil possuída do sopro da divindade, mas antes da prudência perante um mundo que, apesar de domesticado, nos mostra cada dia a precaridade do sentido da nossa vida por mais segura que esteja ao nível da sobrevivência."

(Boaventura Sousa Santos, 1993: p.53)
em: "Um discurso sobre as ciências".

AGRADECIMENTOS

- À Professora Doutora Marina Prista Guerra, pela orientação e apoio recebidos
- À Professora Doutora Celina Santos, pela sua colaboração e participação como juiz neste estudo
- Aos Doutores Fernanda Neves Cardoso e Paulino Sousa, pela sua imprescindível ajuda no tratamento informático
- A todos doentes que deram o seu testemunho de forma incondicional
- Às instituições hospitalares tornaram possível a realização deste estudo
- À Ana Isabel e ao Luis Manuel Pereira, pela preciosa compreensão e ajuda.

RESUMO

Tradicionalmente o modelo de Enfermagem utilizado na assistência aos doentes em geral e aos doentes coronários, tem sido o modelo Biomédico, fundamentalmente dirigido para o tratar, dando-se ênfase à componente biológica da doença. O coração tem sido de facto o foco de atenção, perdendo-se a visão fenomenológica da pessoa e consequentemente a concepção holística do cuidar na prática de enfermagem.

Convictos de que o conhecimento da significação das vivências dos doentes confrontados com o seu Enfarte Agudo do Miocárdio facilitará uma relação de ajuda promotora de uma reabilitação global e de uma boa qualidade de vida futura, realizou-se este estudo exploratório. Inseriu-se numa abordagem qualitativa, orientado por uma filosofia e metodologia fenomenológica segundo Heidegger (1993) e Spiegelberg (1976).

Pretendeu-se identificar as vivências e suas significações assim como as necessidades de ajuda emergentes dessas vivências no período correspondente ao internamento na Unidade Coronária.

Utilizou-se como instrumento de colheita de dados a entrevista, realizada a 30 doentes vítimas de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

Os resultados obtidos revelaram que o EAM é um acontecimento traumático que o doente procura compreender e explicar, integrando-o no seu contexto de vida, isto é, na sua história de vida vivida e projectada, atribuindo uma significação a todas as vivências com ele relacionadas.

Neste estudo foram identificadas as seguintes vivências:

- Pensamentos/ Cognições, nomeadamente sobre a Equipa de Saúde, Instituição Hospitalar, Unidade de Cuidados, Intervenções Terapêuticas, a História Pessoal e a Doença.

- Reacções, traduzidas em sentimentos e comportamentos nomeadamente sobre a Doença, Equipa de Saúde, Instituição Hospitalar e Unidade de Cuidados e Intervenções Terapêuticas.

- Sensações Corporais, expressas em sintomas físicos e percepção de agravamento e melhoria dos mesmos.

- Atribuição Causal da Doença, caracterizada fundamentalmente pela referência a possíveis factores precipitantes.

- Intervenções Terapêuticas, constituídas pelos procedimentos/ intervenções desenvolvidos por médicos e enfermeiros.

- Informação sobre a Doença, que incluiu a Informação Clínica proporcionada por médicos e enfermeiros e a História de Saúde Anterior ao episódio de EAM.

Este conjunto de vivências dispersaram-se por 4 momentos: História Pessoal e de Saúde e aparecimento dos primeiros sintomas, Procura de ajuda médica e atendimento hospitalar, Internamento na Unidade Coronária e Internamento na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia.

A relação de ajuda emergente neste estudo deverá desenvolver-se sobre o primado da Competência Técnico-Científica, contudo fortemente apoiada nas competências humanas e relacionais dos profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Traditionally the nursing model used in the assistance of patients in general and of coronary patients has been a biomedical model directed mainly to the treatment, giving emphasis to the biological component of the disease. The heart, in fact, has been the principal seat, and people tend to loose sight of the person while in its phenomenological perspective and consequently the holistic conception of the care in nursing practice.

Believing that the knowledge of the significance of the patient's experience towards his acute myocardium infarct (AMI) will help to promote a global rehabilitation and a good life quality experience in the future, we have decided to make this exploratory study. It was focused on qualitative aspects, oriented by a methodological and phenomenological philosophy according to Heidegger (1993) and Spiegelberg (1976).

We intended to identify their experience and its meaning, as well as the helping needs, as a result of those experiences during the period internment in the Coronary Unit.

The instrument we used to gather data were interviews made to thirty (30) patients of acute myocardium infarct (AMI).

The results obtained have revealed a traumatic experience that the patient tries to understand and explain, by inserting it in their own life context, in their past life history or future life, and giving special significance to all the related facts.

In this study the following facts were identified:

- Thoughts, cognitions, specially about the heath team, hospital, care unit and therapeutic interventions.
- Reactions, turned into feelings and behaviour namely about the disease, heath team, hospital, care unit and therapeutic interventions.
- Body sensations, expressed in physical symptoms and feelings of aggravations and ameliorations of those symptoms.
- Causal attributions to the disease specially to everything concerning to the reference of factors that made it possible.
- Therapeutic interventions with procedures and interventions performed by doctors and nurses.

- Informations about the disease, including clinical information given by doctors and nurses and all previous heath history to the AMI.

These experiences of life are spreaded by four (4) different moments: personal and health history and presence of the first symptoms, looking for medical assistance and hospital attendance, internment in the coronary unit and in the cardiology intermediate care unit.

The help relation shown in this study will be focused mainly in the technical-scientific competence, yet strongly supported by the human qualification and relationship with the health professional.

SIGLAS

ACD – Atribuição Causal da Doença

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG - Electrocardiograma

HG – Hospital de Gaia

HSA – História de Saúde Anterior

HSJ – Hospital de São João

IC – Informação Clínica

ID – Informação sobre a Doença

IT – Intervenções Terapêuticas

LC – Locus de Controlo

LCE – Locus de Controlo Externo

LCI – Locus de Controlo Interno

PC – Pensamentos e Cognições

PC/D – Pensamentos e Cognições sobre a Doença

PC/ES – Pensamentos e Cognições sobre a Equipa de Saúde

PC/HP – Pensamentos e Cognições sobre a História Pessoal

PC/I – Pensamentos e Cognições sobre a Instituição ou Unidade de Cuidados

PC/IT – Pensamentos e Cognições sobre Intervenções Terapêuticas

R – Reacções

R/D – Reacções relacionadas com a Doença

R/ES – Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde

R/F – Reacções relacionadas com a Família

R/HP – Reacções relacionadas com a História Pessoal

R/I – Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados

R/IT – Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas

SC – Sensações Corporais

ÍNDICE

Folha

0 – **INTRODUÇÃO** 13

1 – **FENOMENOLOGIA** 21

1.1 – UMA FILOSOFIA 23

1.2 – UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO 34

2 – **IMPLICAÇÕES DA FENOMENOLOGIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM** 39

2.1 – CUIDAR EM ENFERMAGEM 39

2.2 – RELAÇÃO DE AJUDA NA PRÁTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM 45

3 – **EAM – VIVER E GERIR A DOENÇA/VIVER E GERIR A ENFERMIDADE** 63

3.1 – VIVER E GERIR A DOENÇA 63

3.2 – VIVER E GERIR A ENFERMIDADE 78

4 – **METODOLOGIA** 99

4.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA 99

4.2 – DEFINIÇÃO DE TERMOS 102

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 103

4.4 – AMOSTRA 107

4.5 – RECOLHA DE DADOS 109

5 – **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS** 112

6 – **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES** 177

7 – **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 189

8 – **ANEXOS** 195

Anexo I – Pareceres das Comissões de Ética e autorizações dos Conselhos de Administração hospitalares

Anexo II – Transcrição das entrevistas

Anexo III – Exemplar da formatação efectuada das entrevistas

Anexo IV – Grelha geral de análise – 1° momento

Anexo V – Grelha geral de análise – 2° momento

Anexo VI – Grelha geral de análise – 3° momento

Anexo VII – Grelha geral de análise – 4° momento

ÍNDICE DE TABELAS

Folha

Tabela 1 – Categorias emergentes no 1° momento 130
Tabela 2 – Categorias emergentes no 2° momento 133
Tabela 3 – Categorias emergentes no 3° momento 137
Tabela 4 – Subcategorias emergentes da categoria Pensamentos-Cognições... 138
Tabela 5 – Subcategoria Pensamentos-Cognições sobre a Equipa de Saúde.... 139
Tabela 6 – Subcategoria Pensamentos-Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados 141
Tabela 7 – Subcategoria Pensamentos-Cognições sobre a Doença 142
Tabela 8 – Subcategoria Pensamentos-Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas 144
Tabela 9 – Subcategoria Pensamentos-Cognições sobre a História Pessoal 145
Tabela 10 – Subcategoria emergentes da categoria Reacções 147
Tabela 11 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Doença 148
Tabela 12 – Subcategoria Reacções relacionadas com Intervenções Terapêuticas 150
Tabela 13 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde 151
Tabela 14 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados 152
Tabela 15 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Família 153
Tabela 16 – Subcategoria Reacções relacionadas com a História Pessoal 154
Tabela 17 – Categoria Sensações Corporais 155
Tabela 18 – Categorias emergentes no 4° momento 158

0 – INTRODUÇÃO

A harmonia espiritual e a satisfação das necessidades biológicas e sociais constituem aspirações máximas do homem moderno. As actividades profissionais, quer de esforço físico quer de ordem intelectual, são a forma pela qual o homem participa da construção e da dinâmica do organismo universal da humanidade. No entanto para que esta participação seja efectiva e promotora de uma auto-realização pessoal é necessário um bem-estar físico, psíquico e social tradutor de uma boa qualidade de vida.

Nos últimos anos, o mundo tem sofrido profundas mudanças na sua estrutura. Surgiu um novo homem que tenta lutar para se adaptar a uma nova maneira de ser, de estar e de agir, com nova escala de valores. Para alcançar e não perder as vantagens materiais que cada dia a sociedade de consumo lhe oferece, ele vive, permanentemente dominado pelo medo e angústia. O medo de perder o estatuto socio-económico, de não conseguir progredir no sistema, isto é, de ser ultrapassado, a angústia de não poder continuar a proporcionar a si e à sua família o conforto que as novas tecnologias oferecem, o stress de estar condenado a competir sempre.

Associada à vivência deste quotidiano aparecem os efeitos nefastos de uma sociedade cada vez mais urbanizada em que a formalização das relações sociais são substituídas pelos laços informais, por encontros ocasionais, pelas redes socio-afectivas enfraquecidas do meio urbano.

O mundo urbano vive, portanto, cada vez mais a solidão com escassas teias de relações sociais de suporte e de compreensão de todo o stress urbano. Como consequência, surgem e sedimentam-se estilos de vida fomentados por uma propaganda consumista onde o aumento de consumo de tabaco, café, álcool, fast-food, associados a um modo de vida sedentário.

Todos estes factores assim como o ambiente stressante deste século são apontados como as principais causas da Doença Isquémica Coronária, na qual se insere o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) responsável pelo aumento das taxas

de mortalidade e morbilidade geral em todo o mundo, especialmente nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento.

O EAM constitui um problema de saúde grave que preocupa as entidades responsáveis pela saúde a nível mundial, porque afecta uma larga percentagem da população cada vez mais jovem e porque é responsável pela deterioração da qualidade de vida das pessoas, limitando-as no seu potencial de vida e de liberdade, com enorme repercussões pessoais na vivência do quotidiano a nível familiar, social e profissional.

O EAM, também conhecido em linguagem do senso comum como "um ataque súbito do coração" é caracterizado pela necrose ou morte do músculo cardíaco (miocárdio) devido à diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo coronário a uma determinada área cardíaca. Esta diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo coronário é devida a um súbito bloqueio de uma artéria coronária ou de uma ou mais das suas ramificações causada pela formação de um trombo ou pela progressão súbita de lesões ateroscleróticas, lesões essas cuja etiopatogenia ainda não está cabalmente esclarecida. O bloqueio provoca isquemia do miocárdio e se esta é grave e prolongada produzem-se danos irreparáveis, surgindo o EAM.

Os doentes vítimas de EAM são, sempre que possível, tratados em Unidades Coronárias, onde se prestam cuidados intensivos altamente especializados de vigilância contínua e tratamento. Aí permanecem em média 2 a 3 dias, período considerado de maior probabilidade de risco e complicações nomeadamente fibrilação ventricular. Após este período e após estabilização da sua situação cardíaca são transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia onde se mantém em vigilância, efectuando o seu processo de convalescença dando-se continuidade a um programa de reabilitação, tendo como objectivo a retoma progressiva de todas as actividades de vida diária e consequentemente um aumento progressivo da tolerância ao esforço.

A existência destas Unidades de Cuidados em vários Hospitais assim como os avanços conseguidos no diagnóstico, tratamento médico, tratamento cirúrgico da doença, assim como a identificação precoce e tratamento farmacológico das suas complicações potencialmente fatais, têm aumentado as taxas de sobrevivência.

Nestas unidades, caracterizadas por um ambiente físico fechado e um ambiente terapêutico predominantemente tecnocrático, trabalha uma equipa de saúde constituída essencialmente por cardiologistas e enfermeiras que lutam incessantemente pela vida e recuperação destes doentes, focalizando toda a sua atenção no **coração**.

Contudo apesar desta doença ser uma doença física, de instalação súbita, confronta a pessoa com o seu sofrimento físico e com o sofrimento psicológico. Eles sofrem de facto de um duplo Enfarte: o ***Enfarte do Coração*** e do ***Enfarte do Ego***, (Cassem e Hackett, citados por Gentry e Williams, 1975). Para estes autores o Enfarte do Ego é causado por múltiplas perdas nomeadamente a integridade física, a auto-estima, a autonomia e uma forma de vida despreocupada e confortável. Esta perspectiva é partilhada por Gentry e Williams (1975) ao referirem que esta doença é um rude golpe na auto-estima e na segurança das pessoas para quem o coração é um motor fundamental num organismo multifuncional que não pode parar. Para estes autores os doentes vivem a **ameaça** da sua ***existência*** e do seu ***ego***.

A confrontação com este acontecimento traumático consiste no desenvolvimento de um processo adaptativo para reencontrar um equilíbrio perdido. Este processo é idêntico a qualquer situação de "perda" ou de "crise vital" na vida das pessoas e abordadas neste trabalho por Spielberger (1970), Caplan (1980), Moos (1986) e Fife (1994). Do nosso conhecimento empírico temos percepcionado que estes doentes desenvolvem um confronto progressivo com a realidade de ter sido atingido no seu coração e consequentemente com as suas implicações futuras na vida diária.

Estes mecanismos adaptativos são eles próprios consumidores de energia e simultaneamente geradores de tensão, perspectiva partilhada por Caplan (1980).

Também Kaplan e Sadock (1981) acreditam que o aumento da tensão poderá não só precipitar como agravar o EAM porque activa mecanismos mediadores fisiológicos que aumentam o trabalho e esforço cardíaco, pondo em risco a vida do doente.

Autores como Hackett e Cassem (1982) consideram que a forma como esta doença física grave vai ser vivenciada e gerida, isto é, as soluções adaptativas para a sua adaptação dependerão de vários factores: da gravidade da

doença em si, da personalidade prévia, dos suportes a nível familiar e social assim como do tipo de matriz terapêutica da Unidade onde o doente recebe cuidados. Consideram por isso que as primeiras horas e dias serão determinantes na recuperação física e psicológica destes doentes e neste sentido seria importante uma relação terapêutica, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar. Esta relação terapêutica deveria ainda adequar-se à evolução e resolução da crise despoletada por esta doença física.

Num estudo por nós realizado Pereira (1997), sobre "Qualidade de vida do doente vítima de EAM" verificamos que na amostra de doentes vítimas de EAM, seguidos em consulta de follow-up de Cardiologia, na sua globalidade a vida dos doentes que se confrontam com esta doença não é uma vida com qualidade, confirmando-se a perspectiva de Dudley (citado por Gentry e Williams, 1975: p. 46) de que "o coração pode recuperar mais rapidamente que o estado de depressão mental o qual é com frequência uma complicação", apresentando os doentes Má Qualidade de Vida nas áreas: Comportamento de Alerta, Tempo de Lazer e Trabalho, Sono e Descanso, Mobilidade e Comportamento Emocional.

A evidência destes resultados que poderão configurar uma penosa realidade, criou-nos alguma inquietação no exercício de enfermagem especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Cardio-Torácica e na docência de uma Escola Superior de Enfermagem. Neste contexto, revelou-se para nós de suma importância o desenvolvimento de um outro estudo dirigido à problemática do pós-enfarte imediato, esperando que os conhecimentos obtidos, a partir dos relatos dos doentes vítimas de EAM e portanto a partir de uma linguagem e conhecimento do senso comum em situação específica, pudessem contribuir para o desenvolvimento de uma matriz de actuação em enfermagem centrada numa relação de ajuda e preocupada com a Qualidade de Vida futura destes doentes.

Salvar uma vida, dar dignidade ao sofrimento e à morte são objectivos fundamentais em que intervenções técnicas ou instrumentais podem ser acessórias. Estas deverão ser usadas criteriosamente mas nunca poderão ser a única preocupação para quem trabalha em saúde.

A doença enquanto experiência de perda ou disfunção é um fenómeno humano complexo dinâmico e tem a sua própria realidade, realidade essa que

Benner e Wrubel (1984) designam por "significado situado". O significado subjectivo, privado e apenas acessível à pessoa. Depois de se reflectir sobre ele, este torna-se objectivo e explícito.

Saber o que a doença interrompeu na vida de cada pessoa, como o doente interpreta os sintomas que significação atribui a todas as experiências com ela relacionadas, permitirá ao profissional de enfermagem não só ver o doente no seu próprio contexto de vida, identificar necessidades de ajuda, adequando a sua actuação e ser o intérprete da situação para o doente.

Contudo, se para alguns a compreensão da situação proporciona no exercício de enfermagem uma melhor capacidade interpretativa da comunicação verbal e não verbal, favorecendo uma relação de ajuda mais eficaz, para outros doentes não é a situação que requer interpretação mas os significados pessoais do doente. "Os modos particulares de estar na situação de doença" enquanto circunstância biológica e os modos particulares de estar "na situação de enfermidade" enquanto circunstância humana estão para Benner e Wrubell (1989) relacionados com a sua auto-compreensão, a sua história vivida e projectada. Deverão ser portanto o ponto de partida para uma relação de ajuda.

A relação de ajuda é entendida neste contexto como uma forma de "estar com" uma forma de humanidade partilhada e que implica muito mais que uma mera presença física, perspectivada neste trabalho por Chalifour (1989) e Lazure (1994). Para as autoras ela implica envolvimento e conhecimento profundo do doente para que o enfermeiro possa identificar e descodificar preocupações, dificuldades, expectativas, emoções e sentimentos encobertos. Deste modo, o profissional de enfermagem estará então habilitado a analisar com o doente como são os problemas que se lhe deparam para que a partir daí possam conjuntamente procurar solucioná-los.

Torna-se evidente que quem oferece e presta ajuda esteja em sintonia com quem é ajudado, criando empatia e proporcionando-lhe "uma ocasião para que ele explore mais profundamente o que está a viver" (Lazure, 1994: p. 78).

Tradicionalmente o modelo de enfermagem normalmente utilizado na assistência aos doentes em geral e aos doentes coronários tem sido o modelo Biomédico que fundamentalmente é dirigido para o tratar dando ênfase à componente biológica da doença – a evolução da necrose do miocárdio, a dor e

sintomas associados. O coração é de facto o foco de atenção, de preocupação de toda uma equipa perdendo-se a visão fenomenológica da pessoa e consequentemente a concepção holística e do cuidar na prática de enfermagem.

O profissional de enfermagem tem em nossa opinião um papel privilegiado na equipa de saúde porque está mais perto e durante mais tempo junto do doente o que lhe deveria permitir mais facilmente interpretar o contexto do doente e ser o seu representante junto dos restantes elementos da equipa.

Convictos de que o conhecimento das significações das vivências de homens e mulheres concretos submersos no estigma da doença coronária facilitará uma relação de ajuda promotora de uma recuperação global destes doentes e de uma Boa Qualidade de Vida Futura, este estudo basear-se-á na:

"Significação das vivências do doente confrontado com o seu Enfarte Agudo do Miocárdio"

Estabeleceremos como objectivos:

- Identificar as vivências dos doentes e suas significações quando confrontados com o seu EAM.
- Identificar as necessidades de ajuda emergentes dessas vivências.

A inexistência de estudos, desenvolvidos em Portugal por enfermeiros, neste contexto determinará que este estudo seja exploratório, descritivo, prevendo-se uma investigação qualitativa suportada por uma filosofia e uma metodologia fenomenológica segundo Heidegger (1993) e Spiegelberg (1976).

O presente estudo suportar-se-á num quadro de referência teórica e conceptual, no qual serão efectuadas citações de vários autores por nós traduzidas livremente, encontrando-se ainda palavras ou expressões em itálico que correspondem a termos utilizados pelos autores em referência ou específicos de determinadas teorias ou filosofias. O referido quadro teórico e conceptual será desenvolvido nos primeiros três capítulos respectivamente: a fenomenologia como Filosofia e com o Método de Investigação, Implicações da fenomenologia na prática de Enfermagem, a Vivência e Gestão da Doença e da Enfermidade. No quarto capítulo apresentar-se-á a metodologia deste estudo que definirá e orientará todo o nosso percurso de investigação, sendo abordados nomeadamente a contextualização da problemática, a caracterização do estudo assim como as

nossas opções metodológicas fundamentadas em alguns autores como Gil (1981), Gutierrez (1997), Giglione e Matalon (1992), Bardin (1977), Serrano (1997). O quinto capítulo será dedicado à apresentação e análise dos resultados encontrados a partir da qual serão elaboradas as conclusões e recomendações de intervenção no âmbito dos Cuidados de Enfermagem nesta área a apresentar no sexto capítulo.

Este trabalho constitui para nós um momento de reflexão e um desafio pessoal e profissional, procurando também dar eco ao sofrimento vivido em silêncio na esperança de que ele seja ouvido, para ser conhecido, compreendido e finalmente valorizado.

I - CAPÍTULO

FENOMENOLOGIA – UMA FILOSOFIA E UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

1 - FENOMENOLOGIA - UMA FILOSOFIA E UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

"As realidades cuja natureza e estrutura peculiar só podem ser captadas desde o marco de referência interna do sujeito que as vive e experimenta, exigem ser estudadas pelo método fenomenológico" (Martinez, 1989: p. 176).

Para podermos conhecer quais as experiências vivenciadas pelos doentes quando confrontados com o seu Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e quais as necessidades de ajuda emergentes, teremos que penetrar no seu mundo fenomenológico, isto é, teremos que entrar no seu mundo, entrar na sua pele.

Assim, Watson (1985: p. 207), de facto, refere-nos que "a melhor forma de entender o outro ser humano é entrar na sua concepção do mundo, olhar o mundo através dos seus próprios olhos".

Esta autora considera que as experiências humanas não poderão ser medidas nem experimentadas, apenas poderão ser explicadas na forma como são percepcionadas. Considera que a análise fenomenológica permite uma rica descrição dos significados humanos das experiências tal como são vividos pelas pessoas, levando "a uma compreensão do comportamento humano na saúde e na doença, o que permite explorar o processo humano do cuidar em Enfermagem". (Watson, 1985: p. 88)

A fenomenologia para Ray (citado por Chaska, 1990: p. 175), "oferece um caminho pelo qual o fenómeno humano (mental, social e histórico) ou experiências vividas do mundo das enfermeiras e das pessoas por quem são responsáveis e a quem lhes prestam cuidados, possam ser estudadas e compreendidas."

Iremos em traços gerais fazer uma abordagem da fenomenologia enquanto **Filosofia** e **Método de Investigação** que suportam teoricamente a temática em estudo.

A palavra "fenomenologia", etimologicamente, significa Ciência ou Teoria dos fenómenos, isto é, daquilo que se manifesta ou se apresenta à consciência, daquilo que é dado.

A fenomenologia teve a sua origem na corrente filosófica fundada por Edmond Husserl em finais do século XIX e princípios do século XX, como oposição ao transcendentalismo idealista, ao psicologismo, assim como ao positivismo que procura enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos quantificáveis da experiência humana.

A fenomenologia surge então como uma forma de descrever os objectos cognoscíveis, tal como aparecem em si mesmos. Ela não só é uma filosofia, como também um método em investigação, conferindo uma dimensão genuinamente humana ao saber, constituindo-se como instrumento de reflexão do quotidiano vivido e que vive na acção, com criatividade e responsabilidade individuais.

1.1 - UMA FILOSOFIA

Como Filosofia, apoiando-nos em Teixeira (1988), a fenomenologia tem sido representada fundamentalmente em duas correntes.

- A fenomenologia da essência de Edmond Husserl.
- A fenomenologia da existência de Martin Heidegger, posteriormente desenvolvida e completada por Marleau Ponty, Ricoeur e outros.

A FENOMENOLOGIA DE HUSSERL (1859-1938) EIDÉTICA OU ESSENCIAL

Husserl, filósofo alemão e professor de Heidegger, procura o conhecimento dos objectos cognoscíveis na sua pureza, tal como aparecem em si mesmos e assim o objecto é o *que aparece... o que permanece idêntico através de aparições múltiplas da consciência... e o próprio ser que aparece é o* ***eidos*** *ou* ***essência***.

Na **fenomenologia eidética** procura-se o conhecimento verdadeiro do acontecimento, despido do artifício das ideias, procurando-se explorar o que é dado, a própria coisa que se percebe e de que se fala – a descrição do fenómeno tal como aparece e como se apresenta.

Husserl defende, portanto, a análise do vivido como fundamento de todo o conhecimento e da sua filosofia podem salientar-se as seguintes ideias fundamentais:

- O retorno às coisas, elas próprias
- O intencionalismo da consciência
- A importância da subjectividade
- A redução fenomenológica

O **retorno às coisas, elas próprias**, tem como objecto a descrição das essências ou eidos, despidas de qualquer conhecimento prévio, das ideias e das interpretações, procurando-se descobrir e descrever aquilo que aparece invariavelmente através de aparições múltiplas à consciência.

A aquisição da essência obter-se-ia por uma intuição sensível, a *evidência* dita eidética ou visão da *coisa* ela mesma. Neste contexto, a evidência aparece

como o princípio dos princípios e para Husserl *a presença corporal da coisa, revela as propriedades eidéticas da coisa com o seu sentido de coisa* e nesta perspectiva a investigação deveria focalizar-se nas leis eidéticas. Assim, a cada Ciência empírica deveria corresponder uma Ciência eidética dos fenómenos conscientes.

Intencionalidade da Consciência, verifica-se no pensamento fenomenológico, considerado como um processo, um método de compreensão da consciência, cuja finalidade será esclarecer *o que é*, ser consciente de si e do mundo, reconhecendo que a essência da consciência é intencional, não está separada do mundo e é sempre consciência de qualquer coisa – o que torna possível o conhecimento é a intenção de significar.

Esta noção da intencionalidade desempenha um grande relevo na fenomenologia contemporânea ao procurar uma descrição directa da nossa experiência tal como ela é, rejeitando a compreensão do Homem e do Mundo a partir da nossa facticidade.

A **Importância de Subjectividade** advém da finalidade da fenomenologia – a de que o Homem deve *compreender-se*, deve atingir-se como sujeito e compreender os fenómenos que são seus pelo significado que lhes atribui ao exprimir-se através deles. A fenomenologia procura assim enfatizar o peso e a autenticidade da experiência individual.

A **Redução Fenomenológica** – é o método proposto por Husserl para estudar os fenómenos, em que o investigador teria de pôr de parte tudo o que tenha relação com o seu sujeito psicológico e a sua existência individual para que ao dar voz ao informante pudesse explorar o mundo subjectivo das vivências focalizadas na perspectiva da pessoa.

A redução fenomenológica implicaria excluir as ideias pré-concebidas, as hipóteses possíveis e procurar o que subsiste, um novo tipo de experiência num processo de redescoberta do sentido do mundo que permitirá chegar às *essências*. Mas estas essências "não constituem uma espécie do mundo das ideias platónicas, nem são conceitos lógicos. Elas são as que se apresentam à intuição quando existe realização dos significados da consciência" (Trivinos, 1992: p. 144).

A partir da Fenomenologia da Essência, de Husserl, a filosofia fenomenológica teve outros desenvolvimentos em A. Pander (1870-1941) e Max Scheler (1874-1920). Este último debruçou-se especialmente na investigação nas áreas das emoções e dos sentimentos, das relações com o mundo dos valores e da percepção da realidade que viria a influenciar o aparecimento de correntes existencialistas em França com Sartre (1905-1980) e Merleau Ponty (1908-1961); na Alemanha com Karl Jaspers (1883-1969) e Martin Heidegger (1889-1976). Foi com este último que se procurou interpretar os significados dos fenómenos encobertos da existência humana, questionando o significado do Ser. É com ele que a existência humana é descrita e interpretada no sentido fenomenológico.

A FENOMENOLOGIA DE HEIDEGGER (1889-1976)

Contrapondo-se ao *mundo das essências* de Husserl, Heidegger propõe *o mundo da presença*, por considerar que o Homem é essencialmente *um mundo* e ao homem chamou-lhe *ser de presença* por considerar o Homem como um *ser presente – a – si* e *aos outros*. Salientam-se como ideias centrais da sua filosofia:

- o ser-de-presença;
- compreender o existente;
- temporalidade e significação;
- o cuidado da existência.

Sendo ***Ser de presença***, o Homem tem uma relação íntima ao ser que é *a sua existência*. O *Ser é mundo*, o *Ser é desenvolvimento de si mesmo num aí* e o *aí é a finitude do Homem*.

Para Heidegger (1993, p. 52), "o que se busca é um poder-ser próprio da presença por ela mesma, testemunhando em sua possibilidade existenciária".

Compreender o existente é para o autor (1993: p. 52) "trazer à claridade o que está escondido e convocar o sentido que se anuncia no todo existente... meditar sobre o ser". A estrutura essencial da vida factual seria o *ser-no-mundo* e esta relação no mundo é não só **temporalidade** como também é **histórica**. Através da análise existencial dos *seres de presença* e dos *ser-no-mundo* chegaríamos à descoberta do sentido do *ser* e da sua *temporalidade*.

O **cuidado da existência** seria a orientação da existência para o sentido do ser através do mundo e seria experimentado pelo *ser-de-presença* como experiência imediata, resultando na descoberta de si através do viver o quotidiano.

A fenomenologia da existência de Heidegger, na qual, como se verifica, o centro de toda a reflexão filosófica é o Homem, como centro privilegiado em que o ***Ser*** se revela, ao considerarmos que colocando a descoberto **o ser do homem**, iremos ter acesso à compreensão do ser em geral.

A compreensão do *ser* é pois uma possibilidade da existência do ***ser aqui***, o ser que se interroga, o ser que experimenta a existência como um problema, o ser que busca uma relação de entendimento com o próprio ser.

Assim, como refere Heidegger (1993: p. 9), "a análise desse ser tomou como fio condutor a existência que, numa concepção prévia, se determinou como essência da pre-sença".

Segundo o autor, o homem perante o mundo não teoriza de imediato porque as coisas não se revelam como objectos de pensamento, mas sim como um sistema de referências que é *o seu mundo* a sua *mundanidade*.

Assim sendo, cada ***ser-no-mundo*** tem a sua própria visão do mundo de acordo com o seu nível de consciência e a mundanidade de acordo com a estrutura de cada um dos diferentes mundos – cada ser-no-mundo experiencia os fenómenos de forma única e individual.

Com base nesta filosofia, o método fenomenológico será o método de análise da estrutura da existência, procurando "explicar e descrever a experiência na linguagem da experiência, (Hall, citado por Watson, 1985: p. 80).

Nesta perspectiva, a fenomenologia permite-nos compreender o fenómeno a partir do vivido, preservando a percepção do ser e através das descrições das experiências vividas poderemos compreender a essência do fenómeno – isto é, **um mundo vivido**.

É pois com Heidegger que a existência humana é não só descrita como interpretada no sentido fenomenológico ao centrar-se, como refere Martinez, (1989: p. 80), "no fenómeno que se apresenta à consciência do sujeito com toda a

sua particularidade, tal como se apresenta à consciência (...) no sentido de compreender o seu significado".

Esta filosofia, centrada no existencialismo, realça a originalidade da existência individual, do singular de um **Eu concreto** e mundano, configurando uma realidade pessoal. E partindo da **análise da existência**, chegar-se-ia ao **significado** e ao **valor de toda a realidade**.

Esta corrente filosófica também designada por *Hermenéutica*, que procura interpretar os significados dos fenómenos, catalogando os significados encobertos da existência humana e questionando o significado do ser, foi desenvolvida por Merleau Ponty (1908-1961).

Este autor, para além de fazer uma reinterpretação da percepção, procurou dar significado aos factos da existência humana, focalizando-se no estudo do comportamento e provocando investigar o modo como os fenómenos se estabelecem na nossa consciência.

Na fenomenologia de Merlau-Ponty o tema central é o da ***consciência***, enquanto ***estar-no-mundo*** através de um corpo, corpo esse que é fenómeno da consciência – "o próprio corpo está no mundo como o coração no organismo" (Merleau R. Ponty, 1976: p. 235).

Para entrar em comunicação é necessário aparecer-se, isto é, fenomenolizar-se através de um corpo e uma situação.

O Homem, na sua perspectiva, está no mundo e nele se conhece, nele se encontra como realidade primordial, habitando um espaço e num tempo. Assim, mais do que saber o que torna possível a experiência, interessaria conhecer o seu significado, "reconhecer a consciência como projecto no mundo, de um mundo para o qual é invadido" (Merleau-Ponty, 1956: p. 70).

Assim, para o autor referido o termo *perceber* não seria associar nem recordar mas sim *descobrir um sentido*.

Poder-se-á concluir que para Merleau-Ponty a fenomenologia não será mais do que o estudo das essências, que questionando os factos do mundo procura conhecê-lo melhor e uma atitude filosófica que tenta descrever a experiência humana tal como ela é vivida.

Embora se considere serem estas as duas grandes correntes fenomenológicas – **eidética** e **hermenéutica** – existe também a **fenomenologia descritiva** que procura descrever os fenómenos, evitando formular hipóteses tanto sobre o que une o fenómeno ao ser como sobre o que une com o Eu para quem é o fenómeno. Nesta perspectiva, a filosofia fenomenológica poderá ser considerada um método, uma *meditação sobre o sentido do conhecimento.*

Estas correntes fenomenológicas são complementares, enfatizando o estudo directo da experiência pessoal e a compreensão da natureza da consciência humana desenvolvidos a partir de realidades diversas, já que cada pessoa pode experienciar o mundo de formas múltiplas. Assim, compreender os significados das experiências pessoais implicará vê-las dos seus pontos de vista.

A fenomenologia enquanto filosofia contém em si conceitos elementares muito próprios, que constituem o seu quadro de referência ou paradigma: *fenómenos, realidade, subjectividade, verdade, ser pessoa.* Para Oiler (1982)

fenómenos – são os objectos e acontecimentos tal como aparecem. Existe um mundo que é social na natureza e não é a existência dos objectos no mundo que é importante mas a forma como esses objectos aparecem para o sujeito.

realidade – será a forma como cada um vê o mundo, de acordo com o seu mundo vivido. À contemplação humana revela-se apenas o aspecto do objecto que se torna acessível através do envolvimento corporal de cada um no mundo, no espaço e no tempo.

A realidade é neste sentido uma verdade subjectiva e perspectivada.

verdade – é o conjunto de realidades diversas que pressupõe também diversas perspectivas individuais. O acesso à verdade é o acesso à subjectividade humana.

subjectividade – significa que o mundo se torna real através do nosso contacto com ele e essa realidade individual é determinada pela posição em que cada um se coloca no mundo e pela perspectiva com que o observa.

A subjectividade caracteriza a interioridade da pessoa, a sua individualidade e este carácter de individualidade é irredutível a qualquer conceito geral.

Para além destes conceitos, a filosofia fenomenológica desenvolve de uma forma muito própria o conceito de ***Ser Pessoa***. Nesta perspectiva, a concepção da

pessoa enquanto ser contrapõem-se às correntes mecanicistas, behavioristas e cognitivistas e afasta-se do ponto de vista cartesiano.

A dualidade corpo/mente, que Damásio (1995) identificou como sendo *O Erro de Descartes*, e que caracterizou como "a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, com volume, com dimensões e com um funcionamento mecânico, por um lado, e a substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adveniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentemente do corpo" (Damásio, 1995: p. 255) dominou durante vários séculos. A ideia de uma mente descorporizada influenciou não só a investigação como a prática da medicina e da enfermagem e "em resultado disso, as consequências psicológicas das doenças do corpo propriamente dito, as chamadas doenças reais, são normalmente ignoradas ou são levadas em linha de conta muito mais tarde. Mais negligenciado ainda é o inverso, os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo" (Damásio, 1995: p. 256).

À separação cartesiana e à ideia de uma mente descorporizada, Heidegger contrapõe a noção de uma mente ou inteligência incorporada e para o autor (citado por Benner e Wrubel, 1989: p. 41), a Pessoa "é um ser auto-interpretativo, isto é, uma pessoa não vem pré-definida para o mundo mas vem com o objectivo de viver a vida".

A pessoa também tem um pensamento abstracto e consciente que lhe permite pensar em termos de reflexão e de conceito. Contudo, o pensamento abstracto, consciente e conceptual não será a única maneira de sair ao encontro do mundo. De facto, ninguém saberia o que fazer com esse pensamento abstracto e conceptual se não estiver situado num contexto de compreensão.

Para o autor (citado por Benner e Wrubel, 1989: p. 41), "as pessoas podem ter esta compreensão porque estão sempre situadas num contexto de compreensão e conseguem agarrar essa compreensão directamente".

Heidegger não põe em causa que todo o conhecimento é um conhecimento reflexivo, porque quando uma pessoa está fora da situação consegue reflectir melhor, mas antes pretende explicar que tipo de conhecimento é que acontece quando uma pessoa está envolvida numa situação.

A pessoa toma consciência da situação directamente em função dos significados que a mesma tem para ela própria. Assim, a pessoa só relaciona os significados à situação depois desta ter sido apreendida porque o próprio acto de apreensão baseia-se em significados já apreendidos através das suas capacidades, da prática e da língua.

Assim sendo, pelo facto do nosso corpo e a nossa mente serem conhecedores, têm uma experiência que nos permite ir de situação em situação e ao encontro de novas situações muitas vezes irreflectidamente porque fomos crescendo rodeados de significações e vamos compreendendo e vivendo no mundo através delas.

Quando surgem situações novas, que são para nós estranhas, preocupamo-nos com elas e é a preocupação e o interesse que nos leva a envolvermo-nos nelas e com o mundo.

Para Heidegger, ***Ser Pessoa*** pressupõe envolvimento em situações particulares cuja compreensão é possível em termos de significação para o próprio, pelos vários aspectos da sua humanidade: inteligência incorporada, significação anterior, interesse.

A ***inteligência incorporada*** refere-se ao conjunto de capacidades inatas que tornam possível à Pessoa experienciar e viver num mundo que para ela tem uma significação própria.

Aceitar a noção de inteligência incorporada é aceitar que existem várias maneiras de entender o significado de uma situação a que o ser humano se vê exposto. Ele vê-se envolvido num vasto número de actividades físicas e mentais desde o reconhecimento de objectos e de pessoas, à realização das suas actividades de vida diária, movendo o corpo sem uma compreensão consciente, isto é, de forma automática. Este facto permite-nos inferir que somos seres que temos capacidade ontológica de responder às situações de significação.

Porque possuímos uma inteligência incorporada somos seres com unidade mente e corpo e temos a capacidade de estarmos numa situação com várias significações.

Cada pessoa nasce no mundo com capacidades inatas e vai seguindo pelo mundo de maneiras diferentes porque diferentes irão ser as situações, as maneiras

como o corpo apreende os significados culturais, o uso dos objectos, dos instrumentos e o comportamento técnico.

Torna-se fácil compreender a inteligência incorporada quando nos lembramos da dificuldade com que fizemos algo pela primeira vez. Passado algum tempo a inteligência incorporada permite-nos fazê-lo não só rapidamente mas também de forma inconsciente.

Deste modo, o corpo habituado à cultura irá permitir a pessoa perceber um contexto, organizá-lo e com as experiências anteriores completá-lo com as suas significações e que vão traduzir-se em comportamentos.

Assim sendo, cada pessoa vai adquirindo um ***background de significações***, isto é, vai acumulando um conjunto de significados.

Continuando a desenvolver a perspectiva fenomenológica do Ser Pessoa Heidegger (citado por Benner e Wrubel, 1988: p. 46), refere que " o background de significações é aquilo que uma cultura dá a uma pessoa desde o seu nascimento, é o que vai determinar o que ela vê como real... uma maneira de compreender o mundo... não existe como uma coisa palpável, é o que nos permite percepcionar o mundo factual".

Merleau Ponty (1962) faz a analogia entre *background de significados* e uma luz, salientando que nós não vemos a luz mas vemos aquilo que ela ilumina e sem ela nada se veria.

Pelo facto das pessoas serem uma *inteligência incorporada*, podem absorver um *background de significações* culturais desde o nascimento, muito antes de terem uma consciência reflexiva.

Para um indivíduo, o *background de significações* é-lhe dado pela cultura, subcultura e pela família à qual pertence ou com quem conviveu. Adquire-se pois, num percurso de vida individual e só pode ser entendido quando inserido numa cultura. A pessoa apropria-se de um background de conhecimentos culturais, reinterpreta-os e recria-os dando origem ao seu *background de significações*, mas respeitando os limites impostos pela própria cultura que vai evoluindo no tempo.

O incorporamento permite pois que as pessoas vivam, se situem no mundo, compreendam a relação que ele tem com elas, enquanto o *background de significações* dá-lhes o conteúdo daquilo que é percebido.

E porque as coisas, os acontecimentos, nos dizem algo, nos motivam, nos interessam, vamo-nos envolvendo em contextos no mundo. A esta característica Heidegger (citado por Benner e Wrubell, 1988: p. 46) designa por "interesse". O ***INTERESSE*** é a razão pela qual as pessoas agem e por isso indispensável à vida.

A *inteligência incorporada* e o *background de significações*, explicam-nos como a pessoa está no mundo e o apreende directamente – o *interesse* explica-nos o porquê (porquê as pessoas fazem as coisas? Porquê fazem as escolhas?).

A resposta a estas questões foram também dadas pelas teorias mecanicistas da motivação através das quais as pessoas são vistas separadas do seu mundo e o mundo como um objecto de reflexão. O que motivaria as pessoas seriam as suas próprias motivações, necessidades interiores e exteriores.

Assim, na questão motivacional *o que move as pessoas*, sobressai a noção de *mover* que implica movimento, isto é, o que leva as pessoas mover-se para alguma coisa.

Na perspectiva fenomenológica, a pessoa não se move para alguma coisa, como o sujeito para o objecto, mas antes através do seu interesse a pessoa *envolve-se* com o outro.

Porque se interessam, as pessoas envolvem-se num contexto, numa situação.

Ao *envolver-se* numa situação, cada pessoa através da inteligência incorporada, das significações anteriores e do interesse, apreende o que directamente está relacionado com as suas próprias significações.

As pessoas são pois constituídas pelo seu mundo e sobrevivem através dele.

Por esta razão as pessoas vivem num mundo real, vivenciando alterações dos seus contextos, isto é, sofrem crises significativas nas suas vidas, nomeadamente a doença, e nenhuma preparação psicológica prévia poderá prepará-la para essas mudanças. Só quando se dá essa mudança do contexto é que

as significações anteriores até então não observadas se tornam importantes para que haja um funcionamento perfeito. Quando tal não acontece surge o mal-estar e um pequeno desvio poderá afectar a pessoa no seu todo.

A doença súbita, numa pessoa habitualmente saudável e uma hospitalização alterarão o contexto de forma significativa e levará a sentir-se fora da situação. Necessitará de tempo e ajuda para incorporar novas significações, orientar os seus interesses e organizar o seu contexto.

Considerarmos os interesses humanos será depararmo-nos com diversas formas de amar, de bondade, de dignidade, de orgulho, de sofrer e deverão ser esses os interesses de quem trabalha em saúde.

Para compreendermos, para atendermos a pessoa doente, teremos que nos envolver. Não a poderemos ver como objecto, mas antes procurar conhecer as próprias significações do doente na sua subjectividade. O conhecimento individual da pessoa que vive num contexto, a que atribui significações que lhe são próprias, permitirá proporcionar cuidados de enfermagem no contexto do próprio mundo do doente.

A doença, enquanto experiência e perda ou disfunção, é um fenómeno humano, complexo e dinâmico, que tem a sua própria realidade, realidade essa que Benner e Wrubell (1989: p. 18) designam por "**Significado Situado**".

Para conhecer o *significado situado* é necessário saber identificar o que a doença interrompeu na vida de cada pessoa, como o doente interpreta os sintomas, que significação atribui a todas as experiências com ela relacionadas. Este conhecimento permitirá ao enfermeiro, vendo o doente no seu próprio contexto, identificar necessidades de ajuda e de assistência, assim como ser intérprete da situação do doente.

Para Benner (1994), as diversas vivências têm semelhanças e diferenças que permitirão dar uma orientação mais científica à prática de enfermagem, tornar mais personalizado o cuidar em enfermagem na medida em que mente e corpo formam um todo unificado e que participa num mundo com sentido.

1.2 - UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Para além de uma filosofia, a fenomenologia é também um método de estudo directo da experiência pessoal e da compreensão da natureza da consciência humana, tendo presentes as múltiplas realidades que cada pessoa pode experienciar. Pretende-se fundamentalmente penetrar no mundo conceptual das pessoas com o objectivo de compreender as significações que atribuem aos acontecimentos, o que implica vê-los dos seus pontos de vista.

A fenomenologia, como método em investigação, teve o seu início nos últimos anos da década de setenta. Surgiu como alternativa à perspectiva positivista assente no Princípio da Verificação de que só era verdadeiro aquilo que fosse empiricamente verificável, perdendo-se assim muitos conhecimentos do mundo dos homens, que nunca poderão ser comprovados pela via experimental.

Para Herman (1983: p. 53), a fenomenologia "pretende apreender a lógica dos fenómenos subjectivos" e para Bullington e Karlson (citado por Tesch, 1988: p. 1) é "a investigação sistemática da subjectividade", ou seja, dos conteúdos da consciência.

O **Método Fenomenológico** não tem como objectivo estabelecer relações causais, mas antes abordar a experiência humana em toda a sua complexidade. Ao abordar a experiência humana procura revelar a natureza do fenómeno tal como é vivenciado pelo ser humano, através da sua participação na situação, recorrendo às descrições como fonte de dados. Como refere Polit e Hungler (1985: p. 204), "a investigação fenomenológica não só leva à aprendizagem sobre a experiência, através da informação obtida do grupo em estudo, como também procura partilhar pessoalmente a experiência do fenómeno mediante a participação, a observação e a reflexão retrospectiva".

Para Omery (1983: p. 49), "a fenomenologia fornece um método que permite estudar a experiência humana tal como ela é vivida, incluindo a descrição dos significados que essas experiências têm para os indivíduos".

A fenomenologia, enquanto método de investigação é um método indutivo e descritivo, inserindo-se no âmbito das investigações qualitativas que procuram um estudo em profundidade de alguns fenómenos em estudo, enfatizando os

aspectos dinâmicos holísticos individuais da experiência humana. Assim, Serrano (1997: p. 65) considera que "a epistemologia fenomenológica é o ponto de onde arrancam os métodos qualitativos, que servem para compreender o mundo dos sujeitos tal como os mesmos os vêm... para estudar as pessoas nos seus cenários naturais para descobrir o significado das situações clínicas e a sua relação com a prática de enfermagem".

Para Polit e Hungler (1995: p. 17), "a investigação fenomenológica é quase sempre qualitativa, contudo nem todas as investigações qualitativas são fenomenológicas".

Segundo as mesmas autoras, as investigações qualitativas procuram:

- Compreender a totalidade do fenómeno em vez de se debruçarem sobre conceitos específicos.
- Rejeitar ideias pré-concebidas, enfatizando a interpretação que as pessoas fazem dos fenómenos e da sua circunstância em vez de antepor a interpretação do investigador.
- As ideias deverão emergir ao longo das interpretações.
- Recolher informações rejeitando instrumentos formalmente estruturados.
- Não controlar o contexto da investigação, mas sim captá-lo na sua totalidade.
- Enfatizar os factores subjectivos como meio para compreender e interpretar a experiência humana.
- Analisar a informação narrativa de maneira intuitiva, contudo organizada.

A investigação qualitativa implica a recolha e análise de materiais narrativos, pretendendo, na generalidade, uma compreensão e uma aproximação à experiência dos sujeitos através dos seus próprios olhos.

Como método, compreende cinco fases: identificação do fenómeno; estruturação do estudo; colheita de dados; análise dos dados; discussão de resultados. Contudo, existem várias interpretações e adaptações do método fenomenológico.

Spiegelberg (1976), descreve o método em três etapas:

1ª. Investigar o fenómeno.

2ª. Investigar as essências gerais.

3ª. Apreender as relações entre as essências.

1ª ETAPA – INVESTIGAR O FENÓMENO – o autor aconselha o investigador a partir sem ideias preconcebidas ou sem hipóteses e apenas numa atitude de expectativa, numa atitude de descoberta do fenómeno.

Nesta etapa o autor refere que são necessárias as seguintes operações: redução; intuição; análise e descrição do fenómeno.

A **redução** – é o processo que consiste em intuir o fenómeno, comparando-o, contrastando-o com outras abordagens, em que o investigador se deve "despir" de ideias preconcebidas, juízos de valor e convicções.

Procura-se fundamentalmente compreender o ponto de vista do sujeito em estudo, explorando o seu mundo interior, as suas vivências e os significados que lhes atribui.

A narração das experiências significativas implica que a pessoa não só as tenha vivido, que as retenha na memória, como também tenha reflectido sobre elas para lhes atribuir um significado.

Nesta operação, a intuição permite ao investigador penetrar no próprio fenómeno e surpreender-se como refere Oiler (1982: p. 180), "olhar para a experiência com olhos abertos, com os conhecimentos, factos e teorias postas de lado e olhar para a experiência com espanto".

A **intuição** é um processo exigente que implica concentração, um olhar profundo que ultrapassa a própria palavra, isto é, que permite ler o que está para além do que está a ser narrado.

Para Spiegelberg (1976), embora a intuição seja uma operação exigente que requer concentração no objectivo intuído, nunca deveremos estar demasiadamente absorvidos sob pena de perdermos um olhar crítico.

A **análise** constitui o que Spiegelberg (1976) refere como sendo o exame geral da estrutura do fenómeno de acordo com os seus ingredientes e configuração.

Analisar será identificar com base na intuição e na redução fenomenológica, os elementos que constituem o fenómeno, categorizar e dar sentido ao significado essencial do fenómeno.

Para o autor, a análise é também "o exame geral da estrutura do fenómeno de acordo com os seus ingredientes e configuração".

A **descrição** é um processo interpretativo que se apoia nos pressupostos teóricos para descrever ou classificar o fenómeno.

Nesta operação torna-se necessário apreender as relações essenciais, procurando descobrir as conexões essenciais da essência. Autores como (Bruyne, Herman, Schoutheete (1991: p. 76) designam a essência como "o conjunto das condições, o conjunto das necessidades à priori que a existência de um certo tipo de fenómeno pressupõe. A visão das essências faz com que a redução fenomenológica se desloque para a redução eidética (eidos: essência, forma, ideia)".

2ª ETAPA – INVESTIGAR AS ESSÊNCIAS GERAIS – o investigador, apoiando-se na análise fenomenológica, revê com criatividade todas as situações particulares da experiência geral para melhor a compreender e descrever.

3ª ETAPA – APREENDER AS RELAÇÕES ESSENCIAIS - com o objectivo de descobrir conexões principais da essência que emergiram da etapa anterior. Procura-se analisar se os componentes são ou não essenciais e apreender as suas conexões, tentando descrever o fenómeno quanto à natureza das suas essências.

Para além deste método proposto por Spiegelberg (1976), existem no entanto muitas outras interpretações que possuem na sua generalidade as etapas anteriormente descritas Vankaam, (1969) Golaizzi, (1978) Kuiken, (1981); Eizirick, (1986).

O método fenómenológico procura pois como fim último estudar os aspectos que são essenciais ou fundamentais de um dado fenómeno. Ao focalizar-se nos fenómenos, procura apreendê-los em momentos essenciais através da intuição, captada por uma reflexão para atingir a essência do fenómeno. Esta reflexão exigirá um esforço constante para uma compreensão cada vez mais elaborada do real. Essa compreensão será sempre inacabada porque o conhecimento humano é essencialmente abstracto, captando só aspectos do fenómeno e por isso nunca estará em condições de estar esgotado. "A explicação científica dos fenómenos é a auto-justificação da Ciência enquanto fenómeno central na nossa contemporaneidade. A Ciência é, assim, autobiográfica" (Santos, 1993: p. 52).

II - CAPÍTULO

IMPLICAÇÕES DA FENOMENOLOGIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

2 - IMPLICAÇÕES DA FENOMENOLOGIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A fenomenologia ao oferecer uma nova visão da pessoa promoveu em nossa opinião uma nova forma de estar e de fazer enfermagem, traduzidas no "Cuidar" e na "Relação de Ajuda" em Enfermagem centrada no Ser Humano necessitado de cuidados.

2.1 – CUIDAR EM ENFERMAGEM

Tradicionalmente a prática de enfermagem tem sido centrada no tratar e apoiando-se no modelo biomédico como uma herança histórica.

Neste modelo, caracterizado por Pearson e Vauchan (1992), a pessoa é vista como um ser biológico, formado por órgãos e sistemas, comparado a uma máquina cujo funcionamento equilibrado (homeostasia biológica) se traduz em saúde. Qualquer alteração neste equilíbrio traduzir-se-á em doença.

A esta visão mecanicista, reducionista da PESSOA, associa-se a dualidade corpo-mente. Apesar da aceitação actual da importância dos factores psicológicos da **pessoa doente** a preocupação com os aspectos físicos é ainda dominante. Uma vez identificada a área física, os aspectos psicológicos são colocados em segundo plano.

Além disso, o avanço do conhecimento, da ciência médica e das tecnologias de intervenção na área da saúde, tem conduzido à superespecialização. Esta superespecialização tem segmentado a pessoa em várias regiões do corpo, separando o doente da doença e conduzindo a uma perda de uma atenção humanizada.

O modelo bio-médico em enfermagem tem-se traduzido por uma prática baseada no tratar e com um predomínio instrumental. Os cuidados de enfermagem são sobretudo cuidados técnicos, orientados para a doença e dirigidos para a cura.

Na organização e gestão dos serviços tem havido uma preocupação pela rentabilidade dos mesmos, traduzido em menor tempo de demora média dos doentes por cama ocupada.

Os cuidados de enfermagem têm sido normalmente distribuídos por vários enfermeiros e que são repartidos por turnos (manhã, tarde e noite), num ambiente em que tem predominado as rotinas e protocolos preestabelecidos.

Nesta prática, o atendimento do doente é estandardizado em relação ao diagnóstico de que é portador, sendo os doentes por vezes identificados pela cama que ocupam, pelo diagnóstico e pelo médico assistente.

Privilegia-se globalmente as tarefas (a execução do tratamento da ferida, as aspirações de secreções, as monitorizações dos sinais vitais, a administração de terapêutica e outras) em detrimento da comunicação e não existe por vezes espaço que possibilite, de uma forma adequada, a compreensão global da situação do doente. O enfermeiro tenta resolver, por si ou em colaboração, os problemas objectivos que identifica de forma eficiente, desvalorizando no entanto a vivência da doença, isto é, a subjectividade do doente.

A preocupação economicista em saúde será provavelmente um dos factores que justificam a prevalência deste modelo na prática quotidiana dos enfermeiros nos nossos dias.

A pressão da sociedade, cada vez mais consciente dos seus direitos e mais conhecedora da natureza humana assim como a insatisfação pessoal e profissional dos enfermeiros, produziu debates entre a classe e originou pesquisas de investigação qualitativas no âmbito de estudos etnográficos e fenomenológicos, nomeadamente sobre percepções e experiências dos doentes em vários contextos de saúde/doença.

Destes estudos surgiram novos modelos – os modelos de "cuidar" descritos em várias publicações: Mayeroff (1971) - "On Caring"; Gaut e Lenninger (1991) - "Caring – the compassionate healer"; Boykin (1994) -Living a caring"; Bevis e Watson (1989) - "Toward a caring curriculum – a new

pedagogy for nursing"; Boykin e Schoenhofer (1993) - "Nursing as caring a Model for Transforming Pratice"; Roach (1987) - "The human act of caring".

No essencial, todos os autores defendem o "cuidar" como a essência e o seu domínio. Para que os enfermeiros possam melhorar a qualidade dos cuidados que prestam, deverão alargar também as suas preocupações às vivências humanas, espirituais e culturais dos doentes.

Para Leninger, o "cuidar" é essencialmente fornecer apoio, conforto, segurança e ajuda ao doente.

Este cuidar só será por isso possível considerando as significações do doente nomeadamente sobre a doença, saúde e ajuda.

Cuidar pressupõe, ainda na sua opinião, uma prática de uma enfermagem transcultural que valoriza as crenças e os valores das pessoas, influenciando estas as necessidades de cuidados. A saúde flui do cuidar e aprende-se a cuidar, cuidando. No fenómeno "cuidar" existem ainda, na sua opinião, todo um mundo de conhecimentos por descobrir.

As intervenções de enfermagem, em sua opinião, envolvem sempre o cuidar e sustenta que o amor incondicional e o cuidado são essenciais à sobrevivência e ao crescimento da Humanidade.

Mayeroff (1971) refere-se ao cuidar como uma forma de ajudar o outro a crescer, a ser pessoa no seu contexto de vida, com paciência, honestidade, esperança, coragem e conhecimento.

Watson (1989) no seu estudo sobre as expectativas dos doentes relativamente aos enfermeiros e naquilo que consideravam cuidar, identificou um conjunto de factores a que chamou "caretive". Estes factores, mais dirigidos à forma do que ao conteúdo, constituem todo um conjunto de valores do tipo "humanista/altruísta"; sentimentos de fé e esperança; sensibilidade e relação de ajuda autêntica.

Roach (1987) considera o cuidar como uma resposta aos valores; uma capacidade para dar ao outro e uma doação auto-transcendente.

Collière (1989) afirma que o cuidar é dar vida e sem cuidado não há vida. Cuidar em enfermagem é estar em relação, é dar e receber, é ajudar a ter mais vida, mais criatividade e liberdade.

Gaut e Lenninger (1991) desenvolvem o cuidar como sinónimo de amar. Consideram que o cuidar é multifacetado e inclui o interesse, a consideração, a compreensão, a comunhão – é contar a sua história e ouvir a história do outro e, portanto, implicando partilha.

Boykin e Schoenhofer (1993) concluíram no seu estudo sobre "Como ensinar a cuidar" que este ensino passa por uma experiência vivida entre docentes e discentes, implicando uma nova forma de ver o currículo e que transforma a maneira de pensar e estar para que o ambiente educativo se torne também ele cuidativo.

Num modelo centrado no "cuidar" a prática de enfermagem nunca poderá reduzir-se à dimensão instrumental, isto é, a uma mera técnica. Essa técnica terá efeitos diferentes num contexto de envolvimento pessoal ou de desinteresse. E porque o enfermeiro cuida de pessoas, as suas intervenções deverão desenvolver-se sempre num contexto de interesse.

A flexibilidade e a personalização dos cuidados dependerá forçosamente do seu envolvimento na situação de cada doente.

Envolvimento significa **estar com** e não será apenas o cumprimento de um dever que poderá desencadear no doente sentimentos de desumanização, desvalorização, medo e até alguma agressividade.

Para que o enfermeiro se envolva necessita de possuir conhecimentos científicos da situação clínica (saber da situação) e saber da pessoa simultaneamente. **Saber da pessoa** implica conhecer as significações que aquela atribui aos sintomas, aos cuidados que lhe são prestados e às perdas sofridas.

Ao envolver-se, o enfermeiro está com o doente, "entrando na sua pele" para melhor interpretar e satisfazer as suas necessidades, como refere Virgínia Henderson (citada por George, 1993: p. 73), "agindo em lugar do doente quando a este lhe falta conhecimento, força física ou vontade para agir por si mesmo, tal como ele normalmente o faria estando saudável ou na execução da tarefa".

Dando primazia ao cuidar, os enfermeiros irão lidar com a saúde e doença tal como são vivenciadas, e consequentemente a formas diversas de *estar saudável* e *estar doente*. O conhecimento destas formas de estar implicará um conhecimento das técnicas, dos corpos e uma compreensão das vivências de

saúde, de doença e enfermidade/mal-estar, o que implicará uma visão holística integrada e contextualizada da pessoa.

Também Benner e Wrubel (1989: p. 8) introduzem novos conceitos de doença e enfermidade, desenvolvidos numa perspectiva fenomenológica. Assim, enfermidade/mal-estar (Illness) será "a experiência humana de perda ou disfunção" enquanto doença (disease) será "uma alteração a nível celular, órgão e tecidos", alteração essa que se traduzirá por sinais e sintomas, isto é, "uma forma da linguagem dos órgãos através da qual fala a natureza, a sociedade e a cultura"

Esta linguagem dos órgãos causa maior ou menor sofrimento e poderá implicar um tratamento para o eliminar ou minimizar.

A *enfermidade/mal-estar* será *a experiência humana de perda ou disfunção* e, portanto, um fenómeno humano complexo, dinâmico, contextualizado numa realidade própria a que as autoras designam por *significado situado*.

Este *significado situado* só poderá ser compreendido quando integrado numa história pessoal, vivida e projectada.

Ao procurarem estabelecer a diferença entre estes dois conceitos, Benner e Wrubel (1989: p.8) referem que "de facto um sintoma poderá traduzir uma doença, doença essa que pode ou não ser diagnosticada. A cura da doença poderá não curar automaticamente a enfermidade, assim como a pessoa pode ter uma doença e não ter ainda experienciado a sensação de estar enfermo ou poderá estar enfermo sem ter uma doença".

Assim sendo, doença e enfermidade não são sinónimos e a enfermidade nunca poderá ser reduzida a um relato meramente científico da doença, já que envolve muita subjectividade.

A enfermidade pode existir sem doença, preceder ou coexistir com a doença e persistir mesmo após a cura da mesma.

Neste contexto, considerando-se a enfermidade como experiência humana e perda ou disfunção com um significado situado, todas as intervenções de enfermagem terão de fazer sentido para o doente. A eficácia das mesmas poderá não ser a esperada e o sofrimento poderá persistir ou até aumentar enquanto não

se adequarem essas intervenções à compreensão que o doente tem das mesmas e da sua enfermidade.

Assim, o primeiro encontro entre o enfermeiro e o doente é de extrema importância, sendo necessário criar um ambiente de empatia que favoreça o conhecimento mútuo indispensável para o sucesso de todo o processo de cuidar que tem aí o seu início. Este momento serve também para que o enfermeiro oiça a história que o doente tem para lhe contar, de modo formal ou informal, porque todas as enfermidades têm uma história, através da qual falam simultaneamente a natureza, a sociedade e a cultura.

O conhecimento profundo da doença e da enfermidade permitirão que o enfermeiro esteja atento à comunicação verbal e não verbal do doente, identificar e compreender as significações que o doente atribui às vivências que vai relatando e das suas implicações na sua vida quotidiana.

Para a compreensão da experiência da enfermidade o enfermeiro deverá identificar experiências sensoriais, observar modificações corporais e analisar as implicações que as mesmas terão na sua vida futura.

Este encontro implica presença autêntica, estar com o doente, sublinhando a sua humanidade, humanidade essa que deve ser partilhada. A presença autêntica, para além da presença física, exige envolvimento da pessoa do enfermeiro na situação do doente que tem um significado situado.

A compreensão deste significado situado poderá facilitar o tratamento e a cura. E mesmo quando nenhuma esperança de cura for possível, compreender as significações das vivências do doente poderá revelar-se como uma forma de cura. Essa compreensão permitir-lhe-á recuperar de algum modo a perda da auto-estima, a perda social, familiar e até profissional que acompanham muitas vezes a enfermidade na doença.

Em muitas situações de doença/enfermidade aguda ou crónica, nem sempre os doentes respondem da forma esperada, muitas vezes a resposta é "em termos daquilo que perderam... continuando submersos em preocupações,

pressionados pelas sensações e até por um futuro limitado" (Benner e Wrubel, 1989: p. 16). Os seus objectivos são normalmente definidos no contexto do que é possível e, segundo as autoras, os doentes passam a viver "uma possibilidade situada". As suas atitudes face à enfermidade são o resultado da compreensão da situação e vão respondendo de acordo com o desenrolar da mesma porque é em situação que capta as possibilidades e constrói os seus próprios significados com a sua história de vida, os seus hábitos e preocupações pessoais, como refere Benner e Wrubel (1989).

O reconhecimento de que as pessoas vivem em mundos significativos permite que o enfermeiro preste cuidados de enfermagem no contexto do próprio mundo do doente e o cuidar torna-se adequado e personalizado. O conhecimento e a compreensão desse mundo dos significados capacita também o enfermeiro para criar novas possibilidades e perspectivas ao doente, dando sentido ao seu agir.

A relação baseada no cuidar favorece a confiança e capacita a pessoa para se apropriar da ajuda oferecida e para se sentir cuidada, o que envolve disponibilidade, presença autêntica, abertura, confronto e respeito mútuo.

É neste contexto, do cuidar em enfermagem, que emerge a relação de ajuda como um intercâmbio pessoal entre dois seres humanos em que um dos interlocutores capta as necessidades do outro com o objectivo de o ajudar a descobrir outras formas, outras possibilidades de as perceber, aceitar e fazer frente à situação actual.

2.2 - RELAÇÃO DE AJUDA NA PRÁTICA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

> "... Quando te peço que me escutes e te pões a dar-me conselhos - não estás a fazer o que te pedi.

Quando te peço que me escutes e tu começas a dizer-me que não me deveria sentir assim – não respeitas os meus sentimentos.

Quando te peço que me escutes e tu sentes-te no dever de fazer alguma coisa para resolver o meu problema – não respondes às minhas necessidade.

ESCUTA-ME! Tudo o que te peço é que me escutes e não que me digas o que pensas – só que me escutes.

Aconselhar é fácil, mas eu não sou um incapaz. Às vezes estive desanimado ou em dificuldade, mas não sou um inútil...

Quando tu fazes por mim o que eu mesmo poderia fazer e que não necessito, não fazes mais do que contribuir para a minha insegurança.

Mas quando me aceitas simplesmente, que o que sinto me pertence, ainda que seja irracional então não tenho por que procurar fazê-lo entender, mas sim começar a descobrir o que há dentro de mim".

(Palavras de alguém necessitado de ajuda) (O'Donnel, citado por Pangrazzi, 1990: p. 43).

A relação de ajuda está implícita no Cuidar em Enfermagem, pressupondo um encontro entre dois interlocutores (o enfermeiro e o doente) em que o enfermeiro procura promover no doente capacidades que lhe permitam enfrentar com criatividade a situação difícil em que se encontra. Não se trata portanto de dar conselhos, nem de solucionar problemas substituindo o doente mas antes percorrer com ele uma caminhada.

Para isso o enfermeiro oferece a sua pessoa e os seus conhecimentos para que o cliente deste modo explore a sua situação, mobilize os seus recursos e planeie com a sua ajuda uma estratégia para a superar.

Não existem receitas para ajudar quem se confronta com situações difíceis como enfermidade aguda ou crónica, o luto ou a morte que se aproxima e que se vai misturando com a solidão. Contudo, existem atitudes de comunicação que

fazem com que a relação interpessoal seja eficaz e gratificante. Mais eficaz para quem vivencia momentos dramáticos e gratificante para quem os ajuda a superar.

A relação de ajuda insere-se numa abordagem fenomenológica da pessoa, considerando-a como uma unidade existencial que possui modos de se revelar a si mesmo, como Ser na facticidade do tempo e espaço e marcada por um sentir situado. É nesta existência situada que a pessoa redescobre as suas potencialidades, projectando a cada momento toda a essência do seu ser e existir, procurando assegurar a sua existência e a sua história.

Na sua essência, a relação de ajuda enfatiza a defesa de uma qualidade de vida elevada, resultante da combinação harmoniosa das satisfações pessoais com actividades que contribuem para o bem-estar da comunidade e encorporiza os principais ideais e valores humanistas, como por exemplo Maslow (1970) refere:

- Espírito e Corpo Humano são indivisíveis.
- O Ser Humano é possuidor de todo um potencial e por isso capaz de resolver os seus problemas.
- O Ser Humano é influenciado por um passado e deve ter liberdade para escolher e para se realizar de forma criativa.
- São valores fundamentais a felicidade e a liberdade e crescimento dos indivíduos.
- Desenvolvimento de capacidades estéticas e artísticas que orientem o indivíduo ao longo da sua vida.
- Defesa dos processos democráticos que incluem a liberdade de expressão e o respeito pelos direitos e liberdades individuais.

Com o desenvolvimento da corrente da Psicologia Humanista, Rogers teorizou a abordagem humanista centrado na pessoa, isto é, na sua globalidade e que foi posteriormente utilizada noutras áreas, nomeadamente em enfermagem. Quando se refere à **Relação de ajuda** define-a como "uma relação na qual ao menos um dos protagonistas tem por fim promover no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade e a consecução de um modo de actuar mais adequado e integrado no outro. O outro pode ser um indivíduo ou um grupo. Por outras palavras, a relação de ajuda poderia definir-se como uma situação na qual

um dos participantes procura favorecer numa ou em ambas as partes uma maior valoração dos recursos pessoais do sujeito e uma maior possibilidade de expressão". (Rogers, 1986: p. 12).

Assim, a relação de ajuda perspectiva-se como um processo que conduz a um encontro. Para que dê frutos é necessário uma aprendizagem de atitudes e técnicas baseadas na reflexão sobre diálogos de ajuda próprios ou de outros. Esta reflexão permitirá analisar não só a experiência do *ajudante* e a resposta da pessoa enferma ou das pessoas implicadas, assim como as dinâmicas surgidas no encontro. Esta análise permitirá uma aprendizagem com base na experiência. Mais do que o conhecimento teórico de uma técnica, tratar-se-á fundamentalmente de apropriação pessoal e desenvolvimento de atitudes com o objectivo de melhorar a qualidade da relação.

Centrar-se na pessoa implica que o profissional de saúde seja capaz de perceber o impacto pessoal, familiar, social, profissional e espiritual e por isso único que cada pessoa tem sobre cada indivíduo. Este impacto traduzir-se-á: no modo particular da resposta orgânica; na avaliação cognitiva que faz da situação, (o valor simbólico, a significação, o sentido); no efeito nas suas relações com os demais; nos vários sentimentos e comportamentos desencadeados e nos valores em jogo.

A relação de ajuda centrada na pessoa significa também acreditar e fazê-la acreditar que tem recursos pessoais latentes ou manifestos para orientar-se por si mesma e para superar as dificuldades com o apoio externo quando necessário.

Ajudar será **caminhar com** o doente na exploração da situação na compreensão da mesma a fim de que a Pessoa seja mais dona de si mesma, resolvendo ou aprendendo a conviver com as dificuldades existentes quando estas não são superáveis.

Em enfermagem a relação de ajuda tem sido abordada por vários autores e faz parte do conteúdo programático nos Cursos Superiores de Enfermagem. Duas autoras citadas com frequência são Chalifour e Lazure, que ao perspectivarem a relação de ajuda em enfermagem valorizam a dimensão relacional centrada também na Pessoa necessitada de cuidados e no desenvolvimento de todas as suas potencialidades. Este desenvolvimento permitirá que a pessoa se possa

apropriar da situação e integrar as limitações decorrentes da mesma de modo a que por si dê uma resposta activa e responsável.

A relação de ajuda visa então "...dar ao cliente a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir se ele deve mudar" (Lazure, 1994: p. 97).

A enfermeira neste contexto assiste o cliente, orienta-o e facilita-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. A sua atitude será de profundo respeito pelo carácter único da personalidade do doente e "não toma decisões por ele, nem deve substituí-lo em aspectos relativos à sua participação na acção" (Lazure, 1994: p. 13).

O profissional de enfermagem deve ser neste processo o *facilitador* "que coloca ao serviço do doente competências e habilidades relacionais numa perspectiva de facilitar o processo em curso" (Chalifour, 1989: p. 14). No desempenho deste papel o enfermeiro terá que de ser competente na ajuda em todas as dimensões do ser humano e para isso deverá possuir conhecimentos adquiridos na prática, conhecer os pressupostos teóricos que apoiam a sua prática de estar em relação. Assim, deverá "saber do desenvolvimento e funcionamento do ser; da concepção da pessoa; saúde e doença; de ajuda; dos processos de intervenção e da sua implementação" (Chalifour, 1989: p. 14).

A compreensão da relação de ajuda vai mais além do domínio teórico destas áreas do conhecimento, se bem que estejam ao seu serviço e sejam um elemento fundamental. É necessário conhecer também o fenómeno da comunicação, o impacto da doença na vida da pessoa tanto a nível cognitivo como comportamental, os problemas éticos por vezes associados a algumas situações, assim como problemas psicológicos e morais.

Para além do domínio destes saberes teóricos, é necessário estar-se treinado para saber ser, saber comunicar verbal ou não verbalmente; saber escutar e saber calar; saber conduzir um diálogo para que progrida adequadamente no sentido de ser realmente de apoio e não de defesa. Dominar as técnicas de comunicação implicará "a utilização dos sentidos, da palavra certa, dos modos de contacto, o tacto" (Chalifour, 1989: p. 17).

Estes saberes práticos que Chalifour designa por *habilidades*, irão permitir que o enfermeiro desenvolva e demonstre ao mais alto nível um

conjunto de capacidades que Lazure (1994) considera fundamentais em relação de ajuda:

- *Capacidade de escuta.*
- *Capacidade de clarificar e ajudar na clarificação.*
- *Capacidade de se respeitar a si próprio e de respeitar o doente.*
- *Capacidade de ser congruente consigo próprio e com o doente.*
- *Capacidade de ser empático consigo próprio e com o doente.*
- *Capacidade de se confrontar e de confrontar o doente.*

A **capacidade de escuta** constitui o fulcro da relação de ajuda, razão pela qual é indissociável das demais capacidade e imprescindível para a aquisição das mesmas, "... é um instrumento essencial que a enfermeira deve desenvolver pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes". (Lazure, 1994: p. 16).

A escuta exige disponibilidade efectiva e afectiva, sendo portanto a forma mais visível e clara do acolhimento e aceitação incondicional do outro. Implica tempo para ouvir com os nossos ouvidos e envolvimento para escutarmos com todo o nosso ser.

Contrariamente ao ouvir, escutar "é um acto voluntário que implica a globalidade da pessoa da enfermeira em relação com a globalidade da pessoa do cliente" (Lazure, 1994: p. 104), para apreender e sentir o contexto e os sentimentos relacionados com o conteúdo da mensagem verbal e não verbal.

Na linguagem verbal, segundo a autora, existem vários tipos de conteúdos:

- *Conteúdo contextualizado* - aquele que o cliente utiliza para descrever o problema que está a vivenciar.
- *Conteúdo comportamental* - aquele que descreve o que o cliente faz, não pode ou não quer fazer.
- *Conteúdo afectivo* – as emoções que acompanham os acontecimentos, diz ainda respeito ao porquê de um comportamento ou da essência do mesmo.

- *Conteúdo estrutural* – aquele que determina as reacções repetitivas e involuntárias do cliente em situações especiais. Este conteúdo está normalmente relacionado com a percepção global que a pessoa tem de si própria na sua generalidade ou em determinadas circunstâncias.

O conhecimento destes tipos de conteúdos possibilitar-nos-á a sua identificação não só quando eles nos são evidentes mas também quando são omissos na comunicação do doente, permitindo-nos que este complete as suas ideias, incentivando-o a exprimir-se sobre todas elas, para melhor compreendermos a sua vivência da situação. Para Lazure (1994: p. 109), "de uma forma geral as pessoas têm tendência a insistir muito no conteúdo contextual mas, em contrapartida, são mais discretas no que se refere aos conteúdos afectivo, estrutural e comportamental".

Escutar é pois um processo muito mais complexo que a simples atitude passiva de deixar falar. É então um processo activo que consistirá na utilização de todos os nossos sentidos para captarmos a experiência de quem comunica connosco. Para além dos ouvidos será necessário: um olhar receptivo; um contacto corporal acolhedor, mão-na-mão, proximidade física adequada; atenção à linguagem verbal e não verbal e uma leitura atenta dos seus silêncios.

Há silêncios que não o são de facto e que têm implícito um pedido de ajuda. Muitos silêncios estão muitas vezes cheios de mensagens em que se pressentem ansiedades, medos, preocupações, frustrações, recordações e hostilidade contida ou reprimida. Por tudo isto, o silêncio deverá ser um recurso na relação de ajuda. Não será fácil gerir o nosso próprio silêncio interior e por isso não será fácil ler no silêncio de quem sofre. Este poderá ser um silêncio doloroso pelo que se está a viver, incómodo para a realidade em que se encontra e que o faz calar, ou talvez necessário porque a comunicação no momento o exige para tirar de si a própria verdade.

Gerir o silêncio é uma arte que exige intuição, sensibilidade e experiência para saber mantê-lo na sua justa medida evitando a tentação de o preenchermos com palavras vazias, de dizermos alguma coisa para sairmos da situação embaraçosa que o silêncio nos causa – há um tempo para falar e um tempo para calar.

Escutar o que o outro não disse é também a arte de ler o seu mundo interior sem ideias preconcebidas, sem juízos, sem interpretações exageradas. Exige uma atitude de observação atenta à linguagem não verbal e de expectativa. A compreensão que o doente tem da situação, a significação que atribui às suas vivências não serão possíveis se a enfermeira não escutar activamente o que ele tenta comunicar. Para isso, é necessário que o profissional de enfermagem se dê, de si próprio e do seu tempo para dar palavra e voz ao sofrimento tantas vivido em silêncio. Muitas vezes a sua presença actua como catalisador, permitindo que o doente deixe escapar lágrimas, desabafos ou até a esperança. Momentos existem em que não é necessária uma resposta, mas apenas e só a sua presença incondicional através da qual se dispõe a escutar e a deixar falar. Deixar falar é também uma forma de catarse, uma drenagem emotiva que confere alívio.

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. Para além disso, segundo Lazure (1994) a escuta personalizada faz com que o doente se sinta considerado, elevando-lhe a auto-estima, permitindo que identifique as suas emoções, necessidades, problemas e dispondo-se com a ajuda da enfermeira a pôr em prática um plano de acção que seja realista e eficaz.

Uma escuta atenta implica um olhar atento. O **olhar** é o primeiro sentido a ser utilizado numa relação interpessoal. Por vezes um olhar pode fazer sentir alguém depreciado, humilhado, envergonhado, ferido, despido, surpreendido, impotente, culpado. Contudo, um olhar bem dirigido, bem coordenado ou bem combinado com o resto do rosto e na sua adequada proporção, poderá fazer sentir exactamente o contrário.

Quem domina a arte de escutar e comunicar com o olhar é capaz de fazer alguém sentir-se digna de respeito, considerada pelo que disse e pelo que não disse e, portanto, valorizada em si mesma.

O olhar está por isso directamente relacionado com o mundo emotivo e se se considera que a **cara é o espelho da alma, os olhos são seguramente do coração**. Através do olhar o enfermeiro obtém dados quer do domínio físico quer afectivo, que lhe permitem conhecer melhor o doente na sua globalidade.

Em comunicação, as **mãos** são um outro instrumento e modo de comunicar e de escutar. Está presente no ser humano ao longo da sua vida e é o primeiro contacto no momento do nascimento. Existem fortes convicções de que seja o único contacto com alguém que está inconsciente e o último no momento da morte.

O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que com mais frequência utiliza este modo de contacto em várias situações.

Para além de ser utilizado para transmitir mensagens como serenidade, afecto, compreensão, é também necessário em muitas circunstâncias para captar necessidades ocultas e para ser utilizado como modo de intervenção em situações de agitação psicomotora e outras.

O contacto físico, o uso das mãos com um objectivo determinado, Chalifour designa-o por *toque*. O *toque* pode desencadear diferentes respostas: aproximação, aumentar a emoção de quem a vive no momento ou ao contrário bloqueá-la. E porque nunca deixa alguém indiferente, deve ser usado criteriosamente, no momento certo, com um objectivo determinado e sempre como um instrumento complementar da comunicação. Pelo seu elevado efeito terapêutico "a enfermeira deve ter consciência de que comunica pelo toque" (Chalifour, 1989: p. 104).

Para que produza os efeitos esperados a autora alerta para vários aspectos, nomeadamente:

- Aceitar que o toque tem significados diversos, variando com o contexto cultural, social, familiar, individual.
- Em determinadas situações de grande ansiedade pode exacerbar emoções ou controlar hostilidade manifesta.
- A sua utilização implica espontaneidade, intuição e conhecimento de nós próprios.
- Quem o utiliza deve estar realmente apto a fazê-lo para que não transmita insegurança ou desconforto.
- Sempre que alguém é tocado fisicamente, reage de uma forma particular e por isso é necessário que a percepção desse comportamento seja comunicado para que seja clarificado o que foi vivido nessa experiência. Uma tal resposta

é muitas vezes ocasião de descoberta para o doente, assim como do profissional de enfermagem que vai evoluindo não só no conhecimento do doente assim como de si próprio.

Como referimos, a capacidade de escuta envolve pois o domínio da palavra, a gestão correcta dos silêncios, o olhar dirigido, o contacto físico para que quem presta cuidados possa apreender as significações das vivências do doente e identificar as necessidades de ajuda emergentes. Contudo, muitas vezes o doente refugia-se em monossílabos, em frases curtas e com pouco conteúdo ou em generalizações como mecanismo de defesa e o profissional de enfermagem recorre a uma linguagem demasiadamente técnica e descontextualizada da sua realidade cultural e social. Assim, Lazure propõe que aquele profissional desenvolva a **capacidade de clarificação e de ajuda na clarificação** que se traduz ao mais alto nível na capacidade de proporcionar "constantemente ao cliente momentos para exprimir directa e completamente a sua vivência profunda" (Lazure, 1994: p. 93). Esta capacidade permite dar resposta às necessidades dos doentes em serem compreendidos nas suas vivências e segundo o seu quadro de referências.

Esta capacidade implica também o domínio dos aspectos teóricos e práticos dos aspectos relacionados como formulação de questões quer sejam abertas ou fechadas assim como da adequação das mesmas, em tipo ou conteúdo, ao objectivo que se pretende: obter uma informação precisa e concisa ou obter elementos significativos através de uma descrição da situação. A necessidade de ajudar o cliente a clarificar "não visa satisfazer a curiosidade pessoal da enfermeira. Também não se trata de proceder a um interrogatório. Cada pergunta feita ou cada incitação a uma maior precisão deve ter como finalidade ajudar o cliente a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções" (Lazure, 1994: p. 121).

Segundo a autora, ajudar o doente a clarificar-se implicará que seja orientado, sempre que possível, a ser específico e a falar sempre no presente uma vez que a situação problemática faz parte da realidade actual. Assim, deverá pedir-se ao doente "que identifique concretamente as suas percepções, sentimentos e experiências relacionados com o problema actual" (Lazure, 1994: p. 38).

Para clarificar e ajudar o doente a clarificar-se pressupõe que quem presta cuidados se respeite e respeite o doente, pois através da **capacidade de respeitar-se a si próprio e de respeitar o doente**, demonstre que "está profundamente centrada na vivência e no potencial únicos do cliente. Implica-se profundamente para manifestar que acredita nesse potencial" (Lazure, 1994: p. 93).

Respeitar o doente significa para a autora que no exercício de enfermagem se procure acolher os sentimentos únicos como os que o doente vivência de modo intransferível e o impacto que os mesmos causam dentro de si. Implicará que se acredite e se respeite o Ser Humano como único e que devido "a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória" (Lazure, 1994: p. 51).

Para que o profissional de enfermagem respeite os outros é necessário que antes de mais se respeite a si próprio, isto é, que seja autêntico.

Ser autênticos é algo mais que ser sinceros, será estarmos bem connosco mesmos e com os outros. Dizer que alguém é autêntico é estarmos convictos de que o seu mundo interior e o que manifesta exteriormente está em sintonia com o conhecimento que tem de si mesmo.

A existência de autenticidade numa relação interpessoal aumenta a capacidade de compreensão mútua, os seus mundos interiores são compartilhados, o que predispõe a abertura e que cada um se mostre tal como é. Se é certo que para compreendermos a experiência de outros é algo difícil, não o é menos o facto de procurarmos chegar a essa compreensão através de uma relação baseada na transparência e na autenticidade, como refere Rogers (1994: p. 41) "Eu descobri que quanto mais se for autêntico tanto mais resultará esta última. Só mostrando-me tal como sou, posso levar a outra pessoa a que procure genuinamente a sua própria autenticidade".

Em relação de ajuda respeitar o doente ou cliente será também "acreditar que o cliente tem em si próprio todos os recursos para chegar a ser aquilo que ele pode ser e para solucionar, por si próprio, o seu problema, da forma que lhe fôr mais conveniente" (Lazure, 1994: p. 133). Mesmo que por vezes a via, a decisão tomada pelo doente, não seja, na perspectiva do enfermeiro, a mais adequada, é seu dever ético respeitar a autonomia do doente depois de lhe ter fornecido toda a

informação necessária à tomada de decisão. Autonomia é "obrigação ética de permitir que os indivíduos autodeterminem os seus planos e acções. Implica o respeito pela liberdade pessoal dos indivíduos e suas decisões baseado nos seus próprios valores e crenças" (Fry, 1994: p. 287). O enfermeiro, face a esta situação, pode e deve empenhar-se em explicar-lhe e fazer-lhe compreender as implicações da sua decisão de forma informada, conscientemente e em liberdade, mas a última decisão pertence-lhe inteiramente e deve ser respeitada.

Assim, numa relação de ajuda que se pretende autêntica, não poderá haver metalinguagens, meias verdades, nem tão-pouco manipulações e neste contexto todo o consentimento informado dado pelo doente deve-o ser de facto. Este deve ser aceite tal como é, com toda a sua história, tratado e considerado com uma identidade própria.

Autenticidade e congruência são indissociáveis na relação interpessoal. O enfermeiro autêntico é também congruente consigo próprio e com o doente.

A capacidade de ser congruente consigo próprio e com o doente, manifesta-se ao mais alto nível quando o profissional de enfermagem "não apresenta contradições e implica-se totalmente. Comunica positivamente no que diz respeito à relação com o cliente" (Lazure, 1994: p. 93).

A congruência advém da espontaneidade e segurança interiores, as quais proporcionam o prazer e a tranquilidade de sermos verdadeiros naquilo que somos, naquilo que dizemos e no que fazemos. Assim, na nossa relação interpessoal, deverá existir correspondência entre aquilo que somos interiormente, a consciência que temos disso e a forma como o traduzimos conscientemente no nosso comportamento.

Em enfermagem, a congruência é uma forma suplementar de se respeitar e de manifestar respeito pelos doentes. O enfermeiro em relação de ajuda é congruente quando "domina o seu papel em vez de se esconder atrás dos aspectos dominadores desse mesmo papel" (Lazure, 1994: p. 145). Isto significará que o enfermeiro possuidor de conhecimentos teóricos e técnicos, os mobiliza e aplica espontaneamente e sem imposições quando os considera necessários.

"Para que a expressão de congruência seja de ajuda é necessário que facilite a evolução do doente no sentido daquilo que ele pode ser" (Lazure, 1994:

p. 65). Quanto mais congruente for o profissional de enfermagem, tanto mais exprimirá, com naturalidade e sensatez, os seus sentimentos, comunicará algumas das suas experiências pessoais que poderão facilitar ao doente a compreensão do que está a viver. Neste contexto vai crescendo uma relação empática. A empatia é muito mais que simpatia, que nasce da atracção mútua, é um movimento para o outro que implica reciprocidade. A empatia é exercida e leva-nos a colocarmo-nos na situação existencial do outro, captar o seu estado emocional, os seus sentimentos, metendo-nos na sua experiência para compreendê-lo do seu ponto de vista. É como diz Bermejo (1996: p. 31), "caminhar com os sapatos do outro uma parte do caminho". Trata-se, portanto, de uma percepção particularmente atenta e sensível às manifestações do doente, exigindo um esforço intenso para se estar em sintonia com ele.

Para este autor não existe uma verdadeira compreensão se não houver uma verdadeira comunicação, porque compreender significará ser-se capaz de penetrar no mundo interior e afectivo da pessoa doente, que é a única capaz de transmitir se realmente a compreendemos ou não.

Ser-se empático é então ser capaz de perceber correctamente o que experiencia a outra pessoa, de comunicar-lhe essa percepção numa linguagem acessível e se essa compreensão está de acordo com o seu sentir.

O enfermeiro demonstra a **capacidade de ser empático consigo próprio e com o doente** quando "manifesta compreensão da vivência subjacente às palavras do cliente. Reage de forma precisa à intensidade de todos os sentimentos do cliente" (Lazure, 1994: p. 93). Assim, quando o enfermeiro percebe os sentimentos e significados do doente que experiencia a cada momento, quando pode percebê-los desde dentro tal como os percebe a pessoa necessitada de ajuda e é capaz de lhe comunicar uma parte dessa compreensão – dá-se a empatia.

Não se trata, portanto, de procurar compreender as razões que levam o doente a comportar-se de determinada maneira ou as suas reacções porque provavelmente já as terá verificado noutros doentes, mas sim ser capaz de aceitar o ponto de vista do doente e o seu marco de referência.

O profissional de enfermagem passará então a vê-las nessa perspectiva para assim captar o impacto que têm sobre ele, de compreendê-lo e de fazê-lo sentir que a compreensão que ela tem está ajustada à sua vivência presente.

A aceitação do que a pessoa vive "não significará nada se não houver compreensão. Só quando compreendo os sentimentos e os pensamentos, que ao cliente parecem horríveis, débeis, emotivos ou estranhos, e quando sou capaz de os ver como ele os vê e aceitá-lo tal como é, ele sentir-se-á realmente livre de explorar os cantos ocultos e as anfractuosidades da sua vivência mais íntima e muitas vezes esquecida" (Rogers, 1994: p. 41).

Para Chalifour (1989) a empatia permite ao enfermeiro não só compreender o que vive o doente, apreendendo o significado situado no contexto da sua vivência, mas também fazê-lo compreender que se interessa por ele, que ele é importante. Sentindo-se acompanhado, menos só o doente sente-se encorajado a viver o seu problema e a encontrar a sua solução.

Esta disposição de se centrar na pessoa, própria da empatia, além de ser um desafio à sua capacidade de flexibilidade e de adequação às circunstâncias reais de cada cliente traduz-se também em capacidade de personalizar. Ser capaz de personalizar a relação de ajuda é fazer sentir à pessoa que é elemento activo no processo, responsável para analisar e resolver o seu problema.

Muitas vezes o doente tem recursos interiores e até exteriores que não utiliza porque não sabe ou porque não quer. Assim, não bastará escutá-lo, tornando-se necessário propor-lhe outros modos de olhar e ver as coisas, confrontando-o com a realidade; a considerar as consequências da sua decisão e a analisar as contradições entre o seu querer e o seu fazer.

Confrontação em relação de ajuda "tem a sua origem na empatia e no respeito profundo pelo cliente e constitui uma manifestação suplementar da congruência da enfermeira, no seu desejo de ajudar o cliente a ser aquilo que ele pode ser" (Lazure, 1994: p. 176). Para esta autora o profissional de enfermagem manifesta **capacidade de se confrontar e de confrontar os outros** quando "comunicando ao cliente o maior respeito, a enfermeira realça todos os seus comportamentos incongruentes e incita-o a passar à acção numa perspectiva de aumento da auto-estima e da realização do seu potencial" (Lazure, 1994: p. 181).

Ao confrontar o doente, o enfermeiro deve evitar sempre a afronta, isto é, não o deve ferir ou humilhar, mas antes proporcionar-lhe com serenidade novas expectativas que o possam ajudar a mudar comportamentos. É necessário que não se confunda confrontação em relação de ajuda com afrontação ou repressão.

Quem tem a coragem de falar para ajudar a ver com mais clareza o fará certamente com sensatez e humildade numa perspectiva de desenvolvimento pessoal do cliente. Pretender-se-á fundamentalmente ajudar a pessoa a ver as possíveis incongruências entre o que diz e o que faz, o que quer viver e o que vive, entre os seus valores e os seus comportamentos, entre os seus sentimentos e a comunicação, entre a realidade e a percepção que tem dela.

Este é também é um desafio que o profissional de enfermagem terá de enfrentar como pessoa e como profissional de saúde, porque só poderá ajudar a confrontar alguém quando antes de mais se confrontar consigo próprio.

O confronto só deverá ser feito depois de ter sido criado um clima de empatia, de confiança e quando se está seguro de o que vai dizer não será interpretado como um mero juízo moralizador. O desejo sincero e ajudar o doente deve estar sempre presente, demonstrando-lhe que o fazemos porque acreditamos nele, nas suas capacidades, nunca reprovando, convencendo a todo o custo ou impondo normas.

A palavra que confronta terá que ser a palavra certa, que quer comunicar compreensão e que nasce da escuta atenta. Terá de ser também a palavra oportuna que tem a coragem de colocar o outro perante as suas contradições, as suas debilidades e também perante os seus recursos nem sempre suficientemente reconhecidos ou mobilizados. Bem executada, a confrontação permitirá ajudar o cliente a romper com a dupla prisão em que vive: a utilização dos velhos e dos novos recursos da sua pessoa.

Para Carkhuff e Berenson (citado por Lazure, 1994: p. 177), "a confrontação pretende proporcionar ao cliente uma oportunidade para que ele estabeleça um contacto mais profundo com aquilo que ele é, com as suas forças e com os seus recursos bem como as suas fraquezas e comportamentos nocivos".

A relação de ajuda é pelas várias variáveis intervenientes um processo complexo, exigindo sabedoria a quem a presta, fruto de uma inteligência experiente.

Não é suficiente a vontade de ajudar quando esta não é acompanhada por uma adequada competência nos seus vários domínios: escuta atenta, clarificação, respeito incondicional do outro, autenticidade, empatia e confrontação.

Para a maioria dos autores a relação de ajuda é antes de tudo um modo de ser e de estar em que se reflecte a qualidade da pessoa que a pratica.

Foi como "modo de ser e de estar" em cuidados de enfermagem que a relação de ajuda foi aqui desenvolvida. Para Bermejo (1997), a relação de ajuda poderá ser um instrumento terapêutico usado por outros profissionais de saúde, nomeadamente pelos psicólogos tomando a designação de *counselling* (aconselhamento) e pelos psicoterapeutas de *psicoterapia de ajuda*. Como *counselling* "pretende-se ajudar uma pessoa a manter o status-quo ou a recuperá-lo" (Bermejo, 1997: p. 82). Assim, à beira de uma crise, uma pessoa é ajudada a não cair numa situação de burn-out ou a recuperar a situação anterior, fazendo os devidos ajustes.

A psicoterapia, pelo contrário, "dirige-se a pessoas que têm dificuldades estruturais de personalidade que lhes causam um sofrimento psíquico especial" (Bermejo, 1997: p. 82). Estas dificuldades impedem-nas de perceber objectivamente a realidade, comprometendo as relações com os demais e tornando-se particularmente difícil a organização racional dos seus comportamentos.

Neste contexto, a relação de ajuda, enquanto instrumento, insere-se no desenvolvimento formal de um processo com diferentes etapas que vai desde o acolhimento até à finalização da mesma, passando pelo acompanhamento, a auto-exploração e identificação dos problemas e sentimentos presentes, preparação e concretização de um plano de acção com objectivos e estratégias definidas e centradas numa situação concreta em que o ajudado se vê envolvido.

A relação de ajuda é portanto exercida por vários profissionais que sendo bem organizada e exercida num contexto de interdisciplinaridade menos formal e mais real poderá ter efeitos positivos na saúde integral das pessoas. A equipa ao envolver-se na realidade do cliente vai possuir várias facetas da mesma e neste sentido haverá toda a vantagem de uma estratégia comum de interrelação e de trabalho em equipa.

Enquanto modo de ser, de estar e de cuidar em enfermagem, a relação de ajuda tem normalmente características básicas que são comuns a qualquer aproximação terapêutica que se pretende realizar com a pessoa que sofre independentemente da doença de base e da fase da mesma. Contudo, verifica-se que existem também situações adversas na vida das pessoas e em situações de saúde e de doença que apresentam um contexto muito próprio, com significações específicas que é necessário apreender para que a relação de ajuda se adque às reais necessidades ocultas ou manifestas com que os clientes se confrontam.

Enfermar de SIDA, de Hepatite B, de Artrite Reumatoide ou de Enfarte Agudo do Miocárdio tem não só implicações fisiopatológicas diferentes, assim como contextos diversificados gerando vivências únicas para cada doente. Assim, para se poder desenvolver uma relação de ajuda é necessário avaliar o impacto da enfermidade na vida das pessoas aos diferentes níveis: físico, psicológico, comportamental, no mundo das relações e dos valores.

Torna-se pois imprescindível o conhecimento das reacções mais frequentes à enfermidade, a valoração cognitiva que as pessoas fazem das diferentes perdas, as dinâmicas relacionais que se estabelecem, as fases adaptativas pelas quais as pessoas passam invariavelmente, os mecanismos de defesa mais frequentes face ao medo e ao diferente.

III - CAPÍTULO

EAM VIVER E GERIR A DOENÇA/ VIVER E GERIR A ENFERMIDADE

3 - EAM - VIVER E GERIR A DOENÇA/VIVER E GERIR A ENFERMIDADE

A vivência e gestão da **doença** enquanto circunstância biológica e a **enfermidade** enquanto circunstância humana, compreende todo um percurso de acontecimentos vividos com expectativa, com sofrimento físico e psicológico que inclui o momento em que o doente sente os primeiros sintomas, a chegada ao serviço de urgência, o internamento na Unidade Coronária, a transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia e, por fim, a alta hospitalar, o regresso e a convalescença em casa.

3.1. Viver e Gerir a Doença

Considerando a doença (disease) como um acontecimento biológico caracterizado por um conjunto de mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas ou por um dano na estrutura ou função de uma parte do corpo ou sistema, poderemos então definir o EAM como uma doença isquémica coronária, em que, de acordo com Antman e Braunwald (1998) e Sobel (1992), se verifica uma necrose do miocárdio devido à diminuição súbita ou interrupção do aporte sanguíneo coronário a uma determinada área do miocárdio. Esta diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo é devido a um súbito bloqueio das artérias coronárias principais ou suas ramificações, causada pela formação de um trombo (trombose coronária), progressão súbita das lesões ateroscleróticas ou constrição prolongada das artérias. O bloqueio provoca isquemia do miocárdio e se esta é grave e prolongada produzem-se danos irreversíveis, surgindo o **Enfarte Agudo do Miocárdio**.

Para Pasternak; Braunwald; Sobel (citado por Braunwald, 1993), a magnitude e localização da lesão dependem de diferentes factores: localização e gravidade do processo aterosclerótico na circulação coronária; tamanho do leito vascular perfundido pela coronária afectada; necessidades de oxigénio do miocárdio hipoperfundido; grau de desenvolvimento da circulação coronária

colateral; presença, localização e gravidade de um espasmo coronário; presença de factores tecidulares capazes de modificar o processo necrótico; actividade e efeito de substâncias trombóticas e trombolíticas que se libertam de forma endógena.

A aterosclerose é para Ross (citado por Braunwald, 1993: p. 1238) "um processo multifactorial que para provocar sequelas clínicas requer uma ampla proliferação do músculo liso dentro da camada íntima da artéria afectada". Para explicar a aterogénese são descritas várias hipóteses, contudo e segundo o mesmo autor o que de facto se verifica é que muitas lesões de aterosclerose são densas e fibrosas; outras contêm grandes quantidades de lípidos e restos necróticos e quase todas apresentam combinações e variações desta característica.

Relativamente aos factores de risco (entendidos como condições e hábitos que se apresentam com mais frequência em indivíduos que desenvolvem aterosclerose) são apontados, do ponto de vista epidemiológico, a hipercolesterolemia, a hipertensão e o fumo do cigarro.

A literatura refere que os factores podem variar em termos da sua reversibilidade potencial, sendo considerados como factores não reversíveis: a idade; o sexo; factores genéticos e antecedentes familiares de aterosclerose. Os factores potencial ou parcialmente reversíveis são referidos como sendo; a hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia; hiperglicemia e Diabetes Mellitus e baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL). Aceitam-se como factores reversíveis a hipertensão e a obesidade que de algum modo estão relacionados nomeadamente com: consumo de cigarros; álcool; relação peso/estatuta; sono/repouso; alimentação; consumo de café; actividade física; ocupação dos tempos livres, conflitos profissionais e socio-familiares e, por último, a presença do comportamento Tipo A (Bueno e Buceta, 1994). Este comportamento é descrito por Friedman e Rosenman (1959: p. 169) como sendo: "... um complexo de acção-emoção evidencial em indivíduos envolvidos numa luta ininterrupta para alcançar mais e mais em cada vez menos tempo. se necessário contra os esforços de tudo e de todos, e que frequentemente apresentam uma hostilidade flutuante, muitas vezes escondida e habitualmente bem racionalizada...". Este comportamento é pois caracterizado pela presença de hostilidade, agressividade, competitividade exagerada, irritabilidade e impaciência.

Em termos epidemiológicos, as doenças cardiovasculares, nas quais se insere o EAM, pelas suas altas taxas de incidência, mortalidade e morbilidade, são consideradas como a "Epidemia dos tempos modernos" por estarem fortemente ligadas ao progresso e desenvolvimento industrial da cultura ocidental. Como refere Carrageta (1999, p. 16) "As doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal. Na origem estão os maus hábitos alimentares numa altura em que a fast-food manda...". Baseando-se em dados da OMS e do Banco Mundial mais afirma que "actualmente e pelo menos até 2000, a doença isquémica cardíaca (enfarte do miocárdio e angina) é e será a principal causa de morte em todo o mundo" (Carrageta, 1999: p. 17). Portugal é o "país da União Europeia que de acordo com uma análise comparativa, apresenta o índice de mortalidade mais elevado" (Carrageta, 1998: p. 7).

O EAM atinge fundamentalmente indivíduos do sexo masculino e em escalões etários elevados. Contudo, tem-se verificado um aumento de incidência em indivíduos mais novos e em mulheres. A este facto não são "...alheias as mudanças nos estilos de vida das mulheres... e porque os nossos jovens têm uma alimentação cada vez mais rica em gorduras saturadas e pobre em fruta, hortaliças e cereais e como se isso não bastasse, começaram a fumar cedo. Por cima de tudo isto, trocaram as actividades físicas pelos jogos de computador..." (Carrageta, 1998: p. 7).

Apesar dos avanços técnicos recentes, Pasternak; Braunwald; Sobel (citado por Braunwald (1993) consideram importante a história do doente na formulação do diagnóstico. Perante um EAM sintomático, a queixa principal é a dor aguda, intensa, profunda, normalmente referida como "peso", "aperto", localizado debaixo do esterno, podendo irradiar pelo braço esquerdo, produzindo uma sensação de formigueiro na mão do mesmo lado. Alguns doentes, além da dor retroesternal ou pré-cordial, referem uma dor surda ou adormecimento em ambas as mãos. Muitas vezes a dor faz-se acompanhar de uma sensação de morte eminente. Noutros casos a dor fixa-se no epigástrico e assemelha-se a um transtorno gástrico ou abdominal, confundindo-se muitas vezes com uma "indigestão". A dor poderá ter uma irradiação para os ombros, extremidades superiores, pescoço, mandíbula e região intraescapular, quase sempre do lado esquerdo. A dor poderá ainda ser acompanhada de náuseas e vómitos devido à

activação do reflexo vagal e poderá também ser acompanhada de sensação de urgência em defecar. Em doentes com angina de peito a dor do EAM assemelha-se à dor anginosa quanto à qualidade e duração, contudo é geralmente mais intensa, de maior duração e não cede com o repouso nem com a nitroglicerina.

Outros sintomas e sinais são descritos como: sensação de debilidade, tonturas, palpitações, suores frios, palidez. Estes sintomas e sinais poderão ser acompanhadas por descida da tensão arterial ou perda súbita da consciência.

O fácies do doente revela angústia, dor e este apresenta-se nervoso, inquieto, procurando constantemente uma posição de alívio. Para Pasternak; Braunwald; Sobel (citado por Braunwald (1993) a confirmação do diagnóstico do EAM é efectuada através de:

- presença de leucocitose que surge poucas horas depois do início da dor;
- velocidade de sedimentação aumentada durante a primeira semana após o enfarte;
- alteração do ECG em que as ondas φ aparecem pronunciadas, com elevação do segmento ST e anomalia de onda T;
- estudo enzimático para determinação da actividade sérica das enzimas nomeadamente da CPK (creatinina fosfoquinase), das isoenzimas MB do miocárdio e LDH (desidrogenase láctica).

Após confirmação do diagnóstico, o doente é internado na Unidade Coronária. Nesta unidade reflecte-se todo um ambiente hospitalar fechado, impessoal, asséptico, tecnocrático, onde predominam diversos equipamentos de vigilância e de suporte das principais funções vitais (monitores cardíacos; ventiladores, desfibriladores, electrocardiógrafos, oxímetros, bombas infusoras, entre outros) cujos alarmes vão interrompendo o silêncio promotor de repouso físico e psicológico. A sofisticação dos meios utilizados e a permanência contínua de médicos e de enfermeiros faz sentir que a vida está ameaçada.

O tratamento médico conservador que aí se desenvolve tem como objectivo promover a oxigenação tecidular, aliviar a dor, promover a circulação coronária e prevenir complicações como: arritmias, insuficiência cardíaca, edema

agudo do pulmão, aneurisma ventricular, choque cardiogénico, para isso recorre-se à monitorização hemodinâmica e do traçado ECG.

As medidas gerais incluem o repouso absoluto no leito, oxigenoterapia, balanço hídrico, controle dietético e administração de terapêutica nomeadamente analgésicos, antiarritmias, betabloqueadores, beta adrenérgicos e laxantes orais para prevenir a obstipação.

Um dos avanços significativos no tratamento do EAM consiste na reperfusão do músculo quando esta não ocorre espontaneamente com o tratamento médico. A reperfusão, cujo objectivo será o de diminuir a área de enfarte, poderá ser efectuada segundo, Antman, Braunwald (1998), pelos seguintes processos e sendo sempre respeitadas as suas indicações específicas:

- Terapia trombolítica com administração intravenosa ou intracoronária de trombolíticos através de cateterismo cardíaco.
- Angioplastia transluminal percutânea durante o cateterismo cardíaco.
- Revascularização com enxertos na coronária obstruída.

Os doentes submetidos a estes tratamentos, quando bem sucedidos, apresentam em geral excelentes resultados de sobrevida.

A permanência na Unidade Coronária é em média de 2 a 3 dias, período em que existe maior risco de fibrilação ventricular. Não havendo complicações segue-se a transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios. Esta Unidade é um espaço aberto, mais luminoso, onde se sente não só uma certa liberdade de movimentos como também um retorno a uma vida normal e onde já paira a esperança. Nesta unidade o doente mantém-se com vigilância cardiológica por telemetria, o que lhe permite deambular pela mesma e sob observação médica e enfermagem, dando-se continuidade à sua reabilitação e preparando-se para a alta hospitalar que poderá ocorrer ao 3° ou 4° dia de permanência na mesma e após realização de cateterismo cardíaco, prova de esforço ou estudo electrofisiológico.

A reabilitação do doente vítima do EAM é iniciada na Unidade Coronária e pode durar meses ou anos. Actualmente, devido aos riscos do repouso no leito, nomeadamente tromboembólicos, perda de massa muscular e força contráctil, e

desde que não haja contra-indicações, os doentes iniciam um programa progressivo de actividades até à independência total no autocuidado.

O doente, obrigatoriamente e com a sua participação esclarecida, terá de aumentar gradualmente as suas actividades para evitar sobrecarregar o coração, ao bombear o sangue para a pequena e grande circulação. Assim, quanto maior for o consumo de oxigénio, maior será o trabalho cardíaco.

A medição da quantidade de oxigénio necessária para a realização de uma actividade é feita em METs (equivalentes metabólicos). Para Mendes (1995), um MET equivale a 3,5 ml por quilo de peso corporal por minuto. Assim, segundo os autores, um MET é aproximadamente equivalente à captação de oxigénio que uma pessoa necessita quando em repouso e representa o dispêndio de energia mínimo. Assim, após EAM, um doente só poderá realizar actividades de baixos níveis de MET's (1 a 2 MET's), iniciando por actividades de 1 MET e a cada aumento do nível de actividade devem ser monitorizados a frequência cardíaca, alterações no segmento ST, arritmias, tensão arterial, dispneia, dor pré-cordial, cansaço, devendo ser ajustado o nível de actividade do doente conforme a sua tolerância ou esforço. Durante o início das actividades a frequência cardíaca não deve exceder a 25% acima do nível de repouso e a tensão arterial não deve ir além de 25 mmHg acima do normal.

Os programas de actividades de reabilitação de um doente vítima de EAM são em geral programados por fases. Assim, segundo Antunes e outros (1988) e Rodrigues e outros (1995), no primeiro dia de permanência na Unidade Coronária, o doente mantém-se em repouso absoluto no leito, o que implica que as necessidades de higiene e de eliminação sejam efectuadas na cama. Além disso, é-lhe suspensa a alimentação oral, inicia soroterapia e procura-se reduzir todo o tipo de estimulação, permanecendo num ambiente que se pretende relaxante e, por consequência, com restrição de visitas de familiares.

1ª Fase - Inicia-se a partir do 1° dia, com a mobilização passiva das pequenas e grandes articulações. O doente mantém todo o tempo no leito, colaborando nos cuidados de higiene e inicia dieta líquida.

2ª Fase - É executada a partir do 3° dia com o doente ainda no leito. São iniciados os exercícios activos dos pequenos e grandes grupos

musculares, assim como exercícios respiratórios de relaxamento. Relativamente aos cuidados de higiene, pretende-se que o doente os efectue no leito com uma diminuição progressiva da ajuda na realização dos mesmos. Inicia dieta mole.

3ª Fase - É implementada a partir do 4° dia de internamento. Nesta altura efectua-se o exercício de todos os músculos em decúbito dorsal e lateral, ainda com o doente no leito. É iniciado o 1° levante e os exercícios de estabilidade junto à cama. O doente efectua a sua higiene sentado no cadeirão e aí permanece por períodos mais ou menos longos. Alimenta-se sozinho de dieta mole ou pastosa.

4ª Fase - Nesta fase, que corresponde ao 5° dia de internamento, os exercícios anteriores são intensificados e o doente pode alternar períodos de deambulação por períodos de repouso no cadeirão. A dieta é de consistência normal, mas pobre em sal, gorduras e açúcar.

A reabilitação vai prosseguindo com a execução de exercícios físicos gradativos, deambulação e com a realização autónoma das actividades de vida diária.

Após alta hospitalar, o doente é encaminhado para a consulta externa de Cardiologia e de Reabilitação para vigilância da sua doença coronária e para que seja dada continuidade ao programa de recuperação física com base nos resultados da prova de esforço. Não havendo contra-indicação cardiológica, alguns doentes são encorajados a iniciar um programa progressivo de marcha a um ritmo que não provoque aumento excessivo de pulso, dispneia ou dor pré-cordial.

O recomeço da actividade profissional depende, na opinião de Mendes (1995), da capacidade de tolerância ao esforço avaliada por uma prova de esforço, esforço esse semelhante à exigência metabólica na realização da actividade profissional. Além disso, é importante considerar ou avaliar o grau de risco que a mesma acarreta quer para o doente quer para os utilizadores dos seus serviços.

Os programas de reabilitação cardíaca privilegiam essencialmente a recuperação funcional, mas dadas as implicações que o EAM provoca na vida das pessoas Porrero (1995: p. 51) propõe que "os protocolos de reabilitação para

além da reabilitação funcional, incluam a área de reabilitação psicológica e um programa de informação e prevenção dos factores de risco da doença coronária". Nesta perspectiva, Ruiz (1990: p. 34) considera que a reabilitação cardíaca seja global, consistindo "num conjunto de contributos físicos, psíquicos e hemodinâmicos que permitirão aos doentes vítimas de cardiopatia isquémica, recuperar a sua qualidade de vida prévia à doença e se possível superá-la". Assim, na sua opinião, a reabilitação global teria fundamentalmente três grandes objectivos:

- Melhorar a capacidade funcional do doente tendo em vista uma maior tolerância ao esforço.
- Reintegrar o doente na vida profissional e social activa com o menor défice físico e psíquico possível e no menor tempo possível.
- Proporcionar a adaptação psicológica do doente à doença.

Torna-se evidente que a reabilitação cardíaca deve ser perspectivada considerando a pessoa na sua globalidade. A própria Organização Mundial de Saúde (citado por Bueno e Buceta, 1994: p. 256) define a reabilitação cardíaca "como o conjunto de todas as medidas necessárias para proporcionar ao doente após EM as melhores condições físicas, psicológicas e sociais que lhe permitam recuperar uma posição normal na sociedade e uma vida activa e produtiva de acordo com as suas possibilidades".

Por ser um processo multidimensional e complexo, deverá ser centrado no doente que necessitará de apoio pluridisciplinar (cardiologistas, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas) para gerir a sua doença.

A gestão da doença implicará o envolvimento pleno do doente:

- no planeamento e execução do programa de actividades a desenvolver para a sua recuperação funcional.
- no desenvolvimento de estratégias para mudar hábitos que foram identificados como factores desencadeantes e modos de comportamento geradores de situações conflituantes e, por conseguinte, geradoras de stress.

Para Giovannini (citado por Ribeiro, 1998), existem cinco áreas problemáticas resultantes da experiência de doença prolongada ou crónica que um doente deverá **saber gerir com competência**:

- ***o risco de crise*** - uma vez que algumas crises poderão levar à morte, se o doente não tiver desenvolvida esta capacidade. Esta gestão implica a identificação precoce dos principais sintomas indicadores de agudização da doença, adoptando de imediato as recomendações médicas (toma imediata de medicação de urgência, recurso ao serviço de urgência entre outras medidas) e o domínio das emoções.
- ***a terapia e estilo de vida*** - que implicará alterar velhos hábitos como deixar de fumar, dieta, ou de frequentar determinados locais incompatíveis com a doença, como por exemplo a aglomeração de pessoas, ambientes com muito fumo, quentes e ruidosos. Para além da mudança de hábitos, inclui o cumprimento da medicação prescrita na dose e horário recomendados.
- ***o tempo*** – que pressupõe a sua reestruturação para que seja possível introduzir novos hábitos como exercício físico, sono/repouso, tempo de lazer, horas de toma de medicação.
- ***o isolamento social*** – a gestão da doença impõe algumas regras que por vezes são incompatíveis com a disponibilidade do grupo. Sem se isolar, o doente deverá saber gerir com qualidade o seu convívio social, evitando que à sua volta se desenvolva um ambiente demasiadamente proteccionista e por conseguinte sufocante.
- ***o contexto familiar*** – que será sempre afectado pela doença, deverá ser gerido com equilíbrio, com a partilha de preocupações, de tarefas e responsabilidades e em que não haja conflitos entre o doente e família pela discrepância entre a estimativa do doente sobre as suas capacidades e o que a família pensa e diz estar informada sobre o assunto.

O sucesso da gestão da doença traduzir-se-á numa retoma segura da vida activa, tão cedo quanto possível, e com qualidade, o que pressupõe uma sensação de bem-estar na vivência do quotidiano, traduzida num determinado grau de satisfação pessoal na realização das necessidades primárias e secundárias (psicológicas e de auto-realização).

Para que este sucesso seja uma realidade será necessária uma ajuda atenta, oportuna e solidária da equipa de saúde. Esta deverá ajudar o doente a confrontar-se com as suas reais capacidades físicas de forma a realizar capazmente as suas actividades diárias ou a aceitar as suas limitações e a confrontar-se com os factores de risco evitáveis.

A gestão da componente física é a mais fácil, contudo a gestão dos seus comportamentos que implica uma reorganização no modo de estar e viver a vida, é talvez a mais difícil e a mais importante para prevenir o risco de reenfarte e melhorar a sua qualidade de vida.

Neste âmbito, a Psicologia da Saúde, propõe vários modelos designados por **Modelos na Saúde e na Doença**, que poderão ser utilizados como uma estratégia para a mudança de comportamentos com o objectivo de prevenir doenças, promoção da saúde e promoção da qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas. Nos modelos mais representativos em Psicologia da Saúde, para Moniz e Barros (1994: p. 234), "as representações de doenças, processos ou sintomas aparecem sempre associados à possibilidade da sua eliminação ou redução, ou conduzem inevitavelmente ao confronto com esta ameaça – Quem pensa na doença também pensa em como se viver livre dela". Na opinião dos autores, as significações de doença e de confronto implicam-se mutuamente e ideias sobre doenças só são emocionalmente aceites se se associarem a ideias de tratamento, de cura ou de reabilitação. Assim, cada modelo perspectiva um processo diferente de confronto do doente com a sua doença, do qual resultará uma adesão às mudanças necessárias nos estilos de vida e ao tratamento proposto pela equipa de saúde. Cada modelo apresenta um conjunto de variáveis psicológicas consideradas importantes e explica o modo como as mesmas podem ser organizadas para a intervenção numa área específica. A organização das variáveis permitirá a compreensão, a modificação e o controlo dos comportamentos, crenças, significações, atitudes, valores relacionadas com a saúde e a doença.

No contexto que temos vindo a desenvolver parecem-nos que os modelos de Crenças de Saúde, Teoria da Motivação Protectora, Teoria da Aprendizagem Social, Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento e a Abordagem do Processo de Acção para a Saúde se revelam pertinentes para ajudar o doente vítima de EAM a implementar intervenções para a sua reabilitação global que

como foi referido passará pela modificação de hábitos/comportamentos. Pensamos que se poderá recorrer a um ou a vários modelos numa perspectiva de intervenção ecléctica e a opção dependerá do conhecimento da pessoa do doente e do seu contexto de vida.

Para o desenvolvimento dos modelos atrás referidos apoiar-nos-emos em Ribeiro (1998).

O **Modelo de Crenças de Saúde** (MCS) (Health Belief Model, de Rosentock, (1966); Beecker, (1976); Haynes, Taylor e Sacket, (1976) estabelece uma correlação positiva entre representações de susceptibilidade à doença, gravidade atribuída à mesma e atitudes de prevenção e de adesão ao tratamento proposto.

Segundo este modelo, a disposição para adoptar um comportamento de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de vir a ter determinada doença e pela percepção da gravidade das consequências de adoecer. Assim interessa salientar que crença "abrange qualquer proposição ou hipótese sustentada por uma pessoa, que relacione dois ou mais objectos ou elementos psicológicos" (Kirscht em Ribeiro, 1998, p.146).

Face a um doente vítima de EAM, a sua disposição para adoptar novos comportamentos dependerá da percepção que ele tem sobre a probabilidade de reenfartar e das consequências desta facto na sua saúde futura.

Assim, face a esta ameaça, a pessoa avalia a sua acção em termos de benefícios potenciais que a mesma pode trazer na redução da mesma, ponderando contudo as dificuldades à adopção desses comportamentos e dos seus custos (em termos de tempo, espaço, sofrimento, esforço, dinheiro, etc.). Contudo, é muitas vezes necessário que surja um estímulo desencadeador interno e externo que leva a pessoa a actuar e a desenvolver o comportamento.

Este Modelo apresenta pois três categorias de variáveis:

- **Ameaça** – na qual estão incluídas a percepção da susceptibilidade à condição de doente ou da aceitação do diagnóstico e à percepção da gravidade da mesma condição.
- **Expectativa do resultado** – está relacionada com a percepção dos benefícios de uma acção específica e da percepção das dificuldades/barreiras para iniciar a acção.

- **Expectativa da eficácia** – pressupõe a convicção acerca da capacidade pessoal para realizar a acção recomendada.

Neste modelo, a representação da vulnerabilidade à doença e suas consequências, parece depender da avaliação da eficácia e das dificuldades ou benefícios das medidas terapêuticas propostas e da motivação intrínseca a favor de melhor saúde. Assim sendo, as representações do doente e as representações dos técnicos de saúde estão, segundo Moniz e Barros (1994: p. 234), "dialecticamente implicadas na atitude de adesão". Estes autores referem que foram identificados cinco componentes estruturais ou esquemas de representação conjunta de doença e seu confronto a partir de investigações na área de Psicologia da Doença, em situações de hipertensão, cancro, mononucleose, doença crónica e enfarte do miocárdio. Esses cinco esquemas de representações da doença e seu confronto são:

- Ideias relacionadas com a identificação da doença e respectivos sintomas.
- Ideias sobre as causas da doença e sobre os modos de a contrair.
- Ideias sobre a duração do processo de doença.
- Ideias sobre as sequelas/limitações ou consequências.
- Ideias sobre a respectiva cura, o tratamento, a recuperação.

Investigações empíricas desenvolvidas por Di Matteo e Dinicota (citados por Moniz e Barros, 1994: p. 235), indicam que as crenças tanto na susceptibilidade à doença como no grau de gravidade "estão associadas significativamente à participação activa da pessoa no diagnóstico da doença, na prevenção da sua ocorrência... ou da recorrência, com adesão às prescrições médicas. E que as crenças na eficácia concreta do tratamento estão associadas a estas mesmas atitudes de adesão ao tratamento". Assim sendo, para que a adesão se desenvolva com interiorização, perpetuando-se eficazmente no tempo, é importante que o doente se sinta implicado em todo o processo desde o momento em que lhe é diagnosticada a doença e durante todo o desenvolvimento do seu tratamento e reabilitação. E para que o doente se **sinta implicado** necessita de se **manter informado** sobre a sua doença, possibilidades terapêuticas e prognóstico para que a sua decisão quando solicitada seja sempre bem

fundamentada e respeitada. À medida que vai participando também vai acreditando nos técnicos e nas instituições de saúde.

Deste modo, surge uma outra variável que consideramos também relevante no MCS – as representações sobre os técnicos de saúde e instituições de saúde que influenciarão a adesão ou não adesão ao tratamento. As representações, sendo favoráveis, possibilitarão uma adesão que se pretende que seja do tipo dialéctica activa ou de transacção em que a relação doente-técnico de saúde se baseia numa participação mútua para fazer face à doença e que em conjunto planeiam os objectivos, os critérios de tratamento, ou de reabilitação, conduzindo a uma maior responsabilização do doente no controlo da sua situação de doença.

Neste tipo de adesão, não poderá haver imposições directas nem sub-reptícias mas antes a partilha de crenças, deveres e de responsabilidades. Contrapõe-se portanto frontalmente ao modelo de tipo activo-passivo e afasta-se do modelo de orientação-cooperação.

No modelo de adesão activo-passivo, o técnico de saúde controla em absoluto todo o processo e ao doente resta-lhe cumprir rigorosamente o prescrito ou *a norma* sob pena de ser *punido* pelo não cumprimento e o *reforço* surge como estímulo pela *adesão*. Também no modelo de orientação-cooperação o técnico de saúde faz sentir a sua autoridade de forma persuasiva e educacional e o doente limita-se a cumprir o seu dever de aceitar e executar a prescrição, contudo essa obediência é mitigada por uma atitude de cooperação.

A **Teoria da Motivação Protectora** (TMP) de Rogers, R. W. (1983) citado por Ribeiro (1998), é um desenvolvimento do modelo MCS ao qual são-lhe acrescentados outros factores, defendendo que os comportamentos relacionados com a saúde resultavam dos seguintes componentes:

- Auto-eficácia (exemplo: eu tenho confiança na minha capacidade de deixar de fumar).
- Eficiência das respostas (se deixar de fumar diminuo a probabilidade de ter novo enfarte).
- Gravidade (o EAM é uma doença grave).

- Vulnerabilidade (a minha probabilidade de ter novo enfarte é elevada).
- Medo (como resposta emocional à informação recebida).

Estes componentes predizem então as intenções comportamentais (eu tenho a intenção de deixar de fumar) as quais estão relacionadas com o comportamento.

Segundo este modelo, existem duas fontes de informação:

- Ambientais – como por exemplo a persuasão verbal e a observação (o que me dizem, o que oiço, etc.).
- Interpessoal – como por exemplo a experiência anterior (o que eu vivi, o que eu sinto).

Estas informações influenciam os vários componentes descritos dando origem a dois tipos de resposta:

- Adaptativa (intenções comportamentais).
- Desadaptativa (evitamento, negação).

O **Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento,** de Prochaska e Di Clement (1982), baseia-se nos seguintes estádios:

" • Pré-contemplação, em que a pessoa não tem intenção de implementar qualquer mudança.

• Contemplação, quando já considera a mudança.

• Preparação, iniciando pequenas mudanças.

• Acção, quando já está activamente envolvido no novo comportamento.

• Manutenção, quando mantém as mudanças ao longo do tempo. "

(Ribeiro, 1998: p. 155)

Estes estádios sucessivos não terão que ocorrer de forma linear, a pessoa poderá avançar ou recuar durante todo o processo, desenvolvendo-se pois de uma

forma dinâmica. Também neste modelo é considerada a relação custos/ benefícios. Assim o doente vítima de EAM confrontado com a necessidade de alterar determinados estilos de vida (como por exemplo deixar de fumar) pondera estratégias para o conseguir, propondo-se diminuir diariamente o número de cigarros até deixar de fumar totalmente.

Este modelo foi aperfeiçoado posteriormente por Prochaska, Diclement e Norcross (1992), sendo-lhe acrescentada a variável "balanço decisional, em que a avaliação que a pessoa faz do comportamento esperado se torna um elemento fundamental para a evolução nos estádios descritos. Acrescenta ainda uma outra dimensão que consiste na necessidade de os programas serem planeados individualmente de acordo ou à medida de cada pessoa.

A **Abordagem do Processo de Acção para a Saúde**, de Schwarzer (1992), referida em Ribeiro (1998), resulta da conjugação dos modelos existentes, sendo introduzida a dimensão temporal para a compreensão das crenças e comportamentos de saúde, acrescentando-se ainda uma outra variável a auto-eficácia. Faz também a separação entre estádio motivacional de tomada de decisão e o estádio acção/manutenção.

A dimensão temporal medeia entre o momento em que a pessoa decide mudar o comportamento - fase motivacional e a implementação do mesmo - a fase de acção.

"Na fase motivacional deverão ser consideradas:

- A auto-eficácia.
- Expectativa de resultados.
- Avaliação de ameaça.

Na fase de acção deverão estar presentes:

- Cognições (vontade).
- Situação.
- Factores comportamentais."

(Ribeiro, 1998: p. 156)

Como já foi referido, todos estes modelos se revelam úteis para ajudar a pessoa vítima de EAM a viver e a gerir a sua doença promovendo alterações comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais. Para além da situação biológica de ter uma doença com todas as implicações técnicas e medicamentosas prescritas e implementadas por técnicos de saúde, há também uma experiência psico-social de ter uma doença que Benner e Wrubel (1989) designam por ***Enfermidade***. Esta acontece num contexto de vida de uma determinada pessoa, provocando-lhe alterações a nível psicológico, social e na vivência do quotidiano e gerando mal-estar. É essencialmente uma experiência vivenciada na sua globalidade sem que a pessoa esteja em condições de dissociar as modificações que se produzem no plano biológico e as que ocorrem no plano psicossocial. Para Kleinman (citado por Ribeiro, 1994: p. 118), é "o modo como as pessoas percebem, experimentam, avaliam e respondem à sua doença... implicando não só as reacções do indivíduo doente, como também as reacções da família, da sua rede social e talvez por vezes da comunidade".

3.2 - VIVER E GERIR A ENFERMIDADE

O EAM, porque é uma doença de início súbito e inesperado, que atinge um órgão com forte valor simbólico e que confronta o doente com a sua própria morte, é vivido habitualmente como um acontecimento traumático, perante o qual o doente procura reagir e gerir múltiplos estímulos ameaçadores que lhe causam sofrimento físico e psicológico:

- A dor intensa, constritiva, acompanhada de sensação de esmagamento e morte iminente.
- Consciência de que o coração foi atingido.
- Angústia profunda e medos vários.
- Dependência súbita de pessoas estranhas.
- Obrigatoriedade de repouso absoluto no leito.
- Permanência numa unidade fechada e muito instrumentalizada.

- Mistério/perplexidade sobre todas as intervenções de diagnóstico, vigilância e tratamento.
- A expectativa relativamente ao futuro.

Por tudo isto o doente sente-se diminuído pela doença, pelo medo face ao imprevisto e ao diferente. O coração não é a sua única perda, perdeu também a segurança física, emocional, económica e uma forma de vida despreocupada e confortável.

Estudos realizados em Unidades Coronárias no período pós-enfarte, citados por Gentry e Williams (1975), permitiram confirmar que a pessoa vítima de EAM, também designada por "pessoa predisposta a doença coronária", é na maioria dos casos possuidora de um comportamento de *tipo A*, descrito por Friedman e Rosenman, em que se verifica extremos de competitividade, vontade de prosperar, impaciência, hiperactividade e hostilidade por vezes reprimida. Assim, pela sua elevada auto-imagem e auto-estima, este tipo de doente quando se vê confrontado com um EAM sofrem de "Enfarte do Coração e de um Enfarte do Ego" (Cassem e Hackett, citados por Gentry e Williams, 1975).

A vivência da doença poderá ser a menos penosa, contudo a vivência da enfermidade envolverá uma sequência que acontecimentos difíceis quer para o doente quer para a sua família.

Gentry e Williams (1975) verificaram que face a esta crise significativa, a pessoa quando confrontada com a sua doença reage de forma semelhante a que reagiria noutra situação de crise dolorosa e de perda, vivenciando mecanismos de defesa que são eles próprios também geradores de stress, que não sendo geridos adequadamente poderão pôr em risco a sua vida.

Viver e gerir a enfermidade implicará, portanto, o desenvolvimento de respostas emocionais que se forem bem sucedidas cria uma nova esperança no doente em relação ao seu futuro pessoal, familiar e conjugal, social e profissional.

Para além da separação familiar, profissional, os projectos futuros, a cultura, a idade, sexo e o receio da diminuição do seu ser e do seu viver irão condicionar a vivência desta sua nova situação. Cada pessoa irá gerir e viver a enfermidade tendo em conta a sua própria escala de valores que foi assumindo ao

longo da sua própria existência, da sua experiência de vida com os respectivos sucessos e fracassos.

A Enfermidade, enquanto experiência humana de vivência de uma doença, pode ocorrer paralelamente ou independentemente deste acontecimento biológico, interrompendo e desorganizando o ritmo habitual da vida de uma pessoa e pondo em crise as suas reacções com o seu corpo e com o meio exterior em que vive.

Uma pessoa saudável "tem uma relação harmoniosa com o seu corpo. Há uma continuidade entre si e o exterior que ele sabe delimitar. Essa ligação entre o seu *Self* e o mundo exterior, essa liberdade de se controlar internamente permitindo-lhe uma individualidade rodeada de afecto, favorece o equilíbrio que se afirma pela sensação de bem-estar" (Almeida, citado por Alcântara e outros, 1989: p. 173).

Numa pessoa que adoece, essa harmonia é perturbada, sente o seu *Self* separado do mundo exterior e a ligação com esse exterior quebra-se, alterando o seu funcionamento normal.

A forma como cada doença perturba o funcionamento do indivíduo será específica e essa perturbação está por sua vez relacionada com a interacção resultante da pessoa com a doença.

A interacção com a doença, considerando a doença como uma ***crise vital***, será semelhante à interacção que cada pessoa desenvolveria numa outra situação dolorosa ou de mudança súbita na sua vida, implicando todo um processo adaptativo para reencontrar o bem-estar e o equilíbrio perdido.

Este processo é descrito por Caplan (1980), conhecido como ***Teoria da Crise*** e na sua perspectiva, numa situação normal, o indivíduo vive segundo um padrão que não sendo estático tem em geral um certo equilíbrio e a consciência do padrão ou do equilíbrio é mantido por mecanismos homeostáticos, pelo que desvios temporários do padrão mobilizam forças que automaticamente repõem o seu estado anterior.

Assim, segundo esta concepção homeostática, quando o indivíduo se confronta com uma força ou uma situação que perturbe o seu funcionamento anterior, verifica-se uma alteração do equilíbrio prévio. Para se restabelecer esse equilíbrio perdido é necessária a utilização de certos mecanismos para encontrar

uma solução, sendo normalmente utilizados os mecanismos já experimentados em situações anteriores.

Cada pessoa é diferente no seu ser (biológico, psicológico e cultural) e no seu agir, tanto em situações de bem-estar como de crise e por isso essa interacção será sempre condicionada por uma longa história pessoal de acontecimentos em que esteve envolvido.

Caplan (1980) considera que a doença é um acontecimento que perturba o equilíbrio prévio de um indivíduo e por isso constitui uma crise significativa na sua vida e que o indivíduo reage a esta nova situação desenvolvendo um processo adaptativo para recuperar o equilíbrio prévio.

Numa situação de crise "esse processo é exagerado porque o estímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras habituais não são bem sucedidas na margem usual do tempo" (Caplan, 1980: p. 53). Assim, surge uma elevação exagerada de tensão resultante da incapacidade de mecanismos reguladores disponíveis para a sua resolução dentro de limites aceitáveis.

Numa 1ª fase surge uma elevação de tensão resultante do impacto do estímulo que acciona as respostas homeostáticas habituais na resolução do problema. Se ocorre insucesso e o estímulo se mantém, origina-se uma elevação de tensão (2ª fase) que causa mal-estar. O indivíduo mobiliza então todos os seus recursos internos e externos (3ª fase) para reencontrar o equilíbrio. Nesta fase "o indivíduo poderá gradualmente definir de uma nova maneira o problema, para que este fique no âmbito da experiência anterior" (Caplan, 1980: p. 55). Nesta fase os aspectos do problema que não foram anteriormente valorizados são agora considerados, mobilizando capacidades e técnicas acessórias para a solução de problemas que anteriormente se consideravam irrelevantes.

A pessoa poderá agora ter de abandonar aspectos que embora sejam importantes são difíceis de manipular e procurar por tentativa-erro, mentalmente ou em acção, analisar ou verificar quais as hipóteses viáveis e inviáveis. Se com esta tentativa o problema não for resolvido, a tensão eleva-se (4ª fase) e atingindo um limiar que se torna insuportável, chegando ao ponto de ruptura, dando origem a uma grave desorganização do indivíduo com consequências dramáticas.

Quando o problema é resolvido, o novo equilíbrio conseguido pelos mecanismos de regulação desencadeados pela elevação da tensão é diferente do

da anterior e poderá "ser melhor ou pior do que no passado, na medida em que o alinhamento de forças tanto no interior da sua personalidade como nas relações com as pessoas significativas do seu meio, pode acarretar maior ou menor satisfação das suas necessidades" (Caplan, 1980: p. 57).

Na tentativa de resolver a *crise*, a pessoa desenvolve novas técnicas, também consideradas *barreiras mentais*, que poderão ser aceitáveis e realistas ou inaceitáveis que vão solucionando os problemas "pela evasão, por manipulações fantasiosas e irracionais, por regressão e alienação" (Caplan, 1980: p. 57).

As situações de crise contêm pois simultaneamente um efeito desorganizador e desenvolvendo enormes potencialidades de resolução de situações problemáticas e até de enriquecimento pessoal.

Assim e apoiando-nos na *Teoria da Crise* de Caplan, poder-se-á concluir que existem duas possibilidades de desfecho da mesma, resultantes da interacção da pessoa com a doença:

- Uma em que apesar de tudo a pessoa sentiu que a doença foi um acontecimento que de certo modo permitiu colocar à prova as suas convicções pessoais e capacidades, no final da qual viu alterados os seus conceitos de bem-estar e até de filosofia de vida, traduzida em expressões como "a vida tem hoje para mim um outro sentido, outro valor", "a vida tem hoje para mim outra côr" e "há males que vêm por bem". Deste modo o novo equilíbrio conseguido é melhor do que no passado, traz uma maior satisfação pessoal e consequente bem-estar.
- Outra realidade em que o resultado final e/ou desfecho da crise é francamente negativo. A pessoa sente que houve uma perda significativa, perda essa que pode ser real ou aparente, verbalizada em expressões como "nunca mais serei o que era", "está tudo perdido, "só me resta esperar", desenvolvendo barreiras mentais socialmente inaceitáveis ou prejudiciais para o seu bem-estar, perpetuando no tempo e somatizando a experiência vivida. Nesta situação verifica-se que a experiência de doença originou novos focos de tensão, de conflito que causam mal-estar e sofrimento.

A interacção que a pessoa estabelece com a doença é também, segundo Caplan, influenciada por factores inerentes à própria pessoa, factores socio-

culturais, pelo papel e apoio familiar, da comunidade e dos profissionais de saúde.

Relativamente aos factores inerentes à pessoa, um dos factores determinantes é a capacidade da pessoa para se confrontar com a situação que provocou a crise e de superá-la, isto é, a sua capacidade de *coping*.

Esta capacidade de *coping* é nos ***Modelos de Doença como Crise*** de Moos (1977) e Fife (1994) um factor decisional no desfecho da reacção à doença. Para Moos (1986), o *background* de conhecimentos e factores pessoais conjuntamente com os factores relacionados com a doença e o conjunto dos factores físicos, sociais e ambienciais vão influenciar a percepção da doença, atribuindo-lhe um significado. Este significado vai por sua vez determinar as respostas adaptativas de *coping* que influenciam o resultado em termos de adaptação do indivíduo à doença e à possibilidade de recuperar a saúde. "Uma crise de vida requer uma série de respostas específicas implicando sequência de *copings*" (Moos, 1986: p. 19).

Fife, no seu Modelo baseado na ***Teoria do Interaccionismo Simbólico***, segundo o qual os significados se referem à natureza das percepções e das relações entre o indivíduo e o seu mundo que se desenvolvem num contexto específico, introduz um conjunto de variáveis que influenciam o adoecer e as significações que o indivíduo atribui aos acontecimentos, às perdas e às mudanças.

No modelo processual da construção do significado face à doença, o *coping* desempenha um papel fulcral porque por um lado vai permitir a construção de significados pessoais e consequentemente a reformulação da identidade, por outro lado vai levar à construção de significados contextuais e consequentemente a reconceptualização do mundo social. Da reformulação da identidade e da reconceptualização do mundo social irão sair novas percepções do futuro em termos do Eu (*Self*) e do mundo social. Estas percepções irão influenciar retroactivamente o *coping* face à doença. Por outras palavras, "a perspectiva da significação do interaccionismo simbólico prediz as respostas cognitivas específicas para um acontecimento particular. Subsequentemente, o comportamento é baseado nestas significações as quais emergem do contexto de vida social e são modificados e reorganizados através de um processo interpretativo que advém do modo como as pessoas respondem às circunstâncias

que são uma parte do quotidiano das suas vidas" (Fife, 1994: p. 309). A *significação da doença* constitui pois, para o doente, uma base de previsão do seu nível de adaptação e da intervenção que será necessária para reforçar uma identidade positiva. *O significado*, enquanto fenómeno cognitivo, relaciona-se com o *esperado* e com a resposta emotiva à doença. Neste modelo estão presentes os quatro domínios da interacção simbólica:

- A resposta do indivíduo à doença;
- O impacto potencial nos planos futuros ou a antecipação dos efeitos da doença no futuro do indivíduo;
- O impacto da doença na percepção de si próprio e na sua identidade;
- O impacto da doença nas relações do indivíduo com o mundo social.

A resposta emocional à doença grave, percepcionada como *uma ameaça à vida* e a integridade pessoal, como acontecimento gerador de ansiedade, foi conceptualizada por Spielberger (1972). No seu ***Modelo Teórico do Stress***, diferencia os seus componentes em *stress*, *ameaça* e *ansiedade*. O *stress* constituiria o estímulo, neste caso a doença, a *ameaça* a avaliação subjectiva que a pessoa faz de uma dada situação como sendo perigosa e a *ansiedade* a reacção emocional. A avaliação que um indivíduo faz da ameaça que a doença representa é mediada por processos psicológicos que são, por sua vez, influenciados pelas suas experiências prévias com doença e variáveis da personalidade, nomeadamente o *Locus de Controlo (LC)*.

O *Locus de Controlo* desenvolvido por Rotter (1964) na qual a personalidade constitui um conjunto de potenciais capazes de responder a diversas situações. O autor introduz os conceitos de expectativa de reforço e do valor do reforço, considerando a expectativa de reforço a probabilidade, pensada pela pessoa, de que ocorra um determinado reforço em função de um comportamento específico. Em função das experiências acumuladas, a pessoa desenvolve expectativas que se vão generalizando de situações para novas situações consideradas semelhantes. Destas expectativas generalizadas, o Locus de Controlo é uma das mais importantes.

No conceito de LC, o que de facto se valoriza é a expectativa que cada pessoa apresenta sobre o papel que as suas acções têm no decurso das suas vidas

e a percepção da relação que essas acções têm com os reforços obtidos. Assim, quando uma pessoa acredita que o que lhe está a acontecer resulta das suas acções, considera-se que tem um Locus de Controlo Interno (LCI), se pelo contrário crê que é consequência do comportamento de outros ou de factores incontroláveis como a sorte, considera-se que tem Locus de Controlo Externo (LCE). A avaliação do próprio sobre a sua capacidade de tomar decisões e de desenvolver acções que lhe permitam atenuar ou terminar com situações percepcionadas como ameaçadoras, isto é, a cognição que se tem sobre o domínio do ambiente é designada por percepção do controlo.

Estudos realizados por Ira Poll e Kaplan De-Nour (citados por Santos, 1994) sobre LC e adaptação em hemodializados crónicos, permitiu concluir que os doentes com LCI se adaptavam melhor às restrições alimentares, à aceitação da incapacidade e à reabilitação profissional. Também nos estudos em doentes com cancro de Burgess e Cols (citados por Santos e Santos, 1994), verificou-se uma menor morbilidade psicológica nos doentes com LCI e que níveis elevados de ansiedade estavam associados a menores níveis de internalidade.

Assim, pensa-se que o LC é um dos aspectos importantes e determinantes do controlo pessoal, reduzindo o impacto de agentes stressantes, nomeadamente em situação de doença grave.

A doença grave é um acontecimento que confere ao doente a percepção de perda de controlo, permanente ou temporário, sobre si, sobre o seu corpo e sobre a sua vida. Muitas vezes, para além do medo de morrer e do sofrimento físico, o doente vê-se confrontado com muitas incertezas relativamente aos resultados dos tratamentos, à sua vida familiar, social e profissional. A resposta emocional à doença será influenciada pela percepção do controlo pessoal face à situação.

Para Averill (1973) e Thompson (1981) (referido em Santos e Santos, 1994), existem cinco tipos de controlo: controlo comportamental; controlo cognitivo; controlo decisional; controlo informacional e controlo retrospectivo.

Controlo comportamental - está relacionado com a capacidade de actuação no sentido de reduzir o impacto do acontecimento stressante. A redução do impacto poderá traduzir-se em diminuição de intensidade ou do tempo de duração. Deste modo, as pessoas a quem foram diagnosticadas EAM, adoptam estilos de vida considerados saudáveis, acreditando que deste modo previnem um

reenfarte. O controle comportamental poderá permitir uma boa adequação à doença.

Controlo cognitivo – consiste na capacidade de usar processos do pensamento ou estratégias cognitivas com o objectivo de modificar o impacto do agente stressante. Essas estratégias poderão ser pensamentos alternativos sobre o acontecimento, a focalização numa sensação ou num pensamento agradável ou mesmo neutro.

Em determinadas doenças graves em que o controlo comportamental não tem cabimento, o controlo cognitivo é uma alternativa muito válida para uma resposta emocional adequada.

Controlo decisional – ou volitivo, refere-se à possibilidade de escolha entre várias alternativas de acção, por exemplo, dar a oportunidade ao doente de participar na escolha do tipo de tratamento a ser efectuado. A investigação nesta área tem demonstrado que os doentes que têm um papel activo no seu processo de tratamento, têm uma melhor adaptação à doença e mais marcada percepção do controlo.

Controlo informacional – relaciona-se com a oportunidade de obter informação sobre a doença (o que irá acontecer, porquê, que consequências). O controlo informacional pode ajudar a reduzir o stress, uma vez que aumenta a capacidade da pessoa de predizer e de estar preparada para o que irá acontecer e diminuindo o medo face ao desconhecido.

Para as pessoas com LCI, a procura de informação e o seu uso adequado é uma forma de controlo.

Controlo retrospectivo – refere-se às atribuições acerca da causa e à procura do significado da doença e do que a mesma simboliza na vida do doente. A procura do significado é uma componente do processo de adaptação cognitivo à doença grave.

A procura do significado faz com que os doentes repensem e modifiquem as suas atitudes perante a vida, estabelecendo prioridades, alterando a sua escala de valores. Deste modo, constroem significados positivos sobre a experiência da doença e diminuem o sofrimento psicológico e conseguem um controlo comportamental cognitivo que lhes permitem gerir melhor a doença e a enfermidade.

Outros autores investigaram a importância da percepção do controlo na doença grave, tais como Greer e Watson (1987) (referidos por Santos e Santos, 1994), ao estudarem a adaptação dos doentes ao cancro, identificaram cinco estilos de percepção do controlo:

- **Estilo espírito de luta** – neste estilo a doença é percepcionada como um desafio, no qual o doente julga poder exercer algum controlo sobre o stress; "para mim a minha doença vai ser um desafio...".
- **Estilo evitamento/negação** – que se caracteriza pela minimização da ameaça, menosprezando a necessidade de controlo pessoal; "fui internado apenas por precaução".
- **Estilo fatalista** – no qual a atitude face à doença é a de aceitação passiva, porque o doente considera que não existe possibilidade de controlar a situação; "A minha saúde está nas mãos de Deus..."; "Era o destino...".
- **Estilo de desesperança** – perante o diagnóstico sente que este é uma forte ameaça à sua vida ou uma perda irreparável, acreditando que nenhum controlo possa ser exercido; "Já não há nada a fazer...".
- **Estilo de preocupação ansiosa** – neste estilo o diagnóstico também se apresenta como uma forte ameaça, havendo no entanto algumas dúvidas sobre a possibilidade de exercer algum tipo de controlo sobre a situação; "Estou sempre à espera que se possa repetir...".

Numa investigação posterior também realizada por Greg e Watson (1991) em doentes com cancro da mama, estes autores verificaram que os estilos de fatalismo, desesperança e preocupação ansiosa eram os estilos de resposta que apareciam associadas a maior morbilidade psicológica (ansiedade e depressão) e que se caracterizavam por uma menor noção de controlo pessoal.

Com base em investigações em doentes com cancro da mama e outras situações ameaçadoras de vida surgiu o modelo da adaptação à doença de autoria de Taylor (Ogden,1999) que nos inspira também a fazer uma leitura de adaptação cognitiva nessas circunstâncias. Assim sendo, foram identificados 3 pressupostos: uma procura de significado, uma procura de mestria e um processo

de auto-aperfeiçoamento que permitem à pessoa o desenvolvimento de ilusões que se tornam num mecanismo de coping.

A autora quando se refere a ilusões não significa que essas estejam em contradição com a realidade com que se depara o indivíduo, mas que através delas se constrói um racional explicativo de cariz subjectivo para aquela pessoa que lhe dá a "ilusão" de estar em controlo da sua doença ou situação ameaçadora de vida.

O modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal faz-nos também algumas propostas para compreender o ser humano quando se encontra numa situação de doença.

Baseando-se no modelo prévio de cognições sobre a doença parte do princípio que a doença é um problema com que a pessoa se depara e que as estratégias utilizadas vão ser semelhantes às normalmente utilizados para resolver problemas. O objectivo do sujeito vai ser reencontrar o equilíbrio anterior à situação de doença como aliás também salientam Caplan e Moos atrás referidos.

Leventhal propõe assim 3 fases que compõem o seu modelo. A fase de Interpretação, de Coping e de Ponderação.

A primeira destas fases surge quando o indivíduo é confrontado com sintomas específicos ou quando é por exemplo diagnosticado pelo médico com uma determinada patologia. Aqui entram em acção as crenças sobre a doença que o indivíduo possue, e que se repercutem numa resposta emocional à ameaça.

A segunda fase aparece com duas estratégias diametralmente opostas o coping de aproximação e o coping de evitamento. O coping de aproximação procura lidar directamente com a situação por exemplo procurando ajuda médica. O coping de evitamento revela um mecanismo de negação podendo também expressar-se através da crença que os sintomas ou a doença vão passar, tentando minimizá-los ou ignorá-los ou justificá-los por exemplo pelo stress.

Este último tipo de coping que pode parecer só negativo à partida tem também o aspecto positivo de permitir ganhar tempo até se encontrarem melhores estratégias de coping.

Os dois últimos autores referidos Taylor e Leventhal enfatizam como metodo de investigação as entrevistas sendo possível através delas recolher informações que de outra forma não seria possível.

A doença grave confronta por vezes o doente com a possibilidade de morrer. Perante esta eventualidade o doente sente-se ameaçado na sua luta pela sobrevivência, desenvolvendo um processo adaptativo. Este processo é descrito por Kübler Ross (1975) como sendo constituído por cinco estádios pelos quais a pessoa vai passando de forma variável:

- **Isolamento ou negação** - "Não pode ser...", "Porquê a mim?", é uma pergunta que o doente faz a si próprio e aos profissionais de saúde, muitas vezes dirigida aos médicos, aos enfermeiros, aos familiares e a Deus. Este mecanismo de defesa servirá para que o indivíduo organize a sua defesa encontre uma saída mesmo que milagrosa.
- **Raiva** – que se desencadeia por não ser capaz de controlar a situação e por começar a acreditar que ela é real. Esta raiva ou hostilidade manifesta é tanto mais intensa quanto mais a pessoa estava habituada a dominar as situações e se possuía projectos de vida aliciantes.
- **Negociação** – como tentativa de conseguir algo que lhe está a ser negado, tentando estabelecer pactos antes de tudo com Deus, depois com os outros (família, amigos, equipa de saúde) com o objectivo de "conseguir algo mais", de "adiar por mais algum tempo a situação". Trata-se no fundo de uma tentativa de procurar o confronto com a realidade e de simultaneamente encontrar uma outra alternativa.
- **Depressão** – acompanhada de angústia e de tristeza profunda pelas perdas sofridas e pelo que irá ainda acontecer.
- **Aceitação do facto como inevitável e definitivo** – esta aceitação poderá ser uma consequência directa da depressão que se instalou, acompanhada de um vazio de sentimentos, um abandono de si e da luta considerada perdida ou então ser o resultado de uma racionalização em que o doente integra esta experiência na sua própria percepção da realidade e nas demais experiências da sua vida, assumindo o facto como definitivo e como algo a dar sentido.

Para a autora, nem todos os doentes seguem este esquema de modo rígido e prefixado. Algumas vezes apresentam nos seus modos de reagir características de vários estádios simultaneamente e nem sempre a evolução nos estádios se faz por uma ordem determinada. Existem doentes que por motivos vários se fixam num dos estádios referidos.

Num estudo desenvolvido por Wilson (citado por Ribeiro, 1998), permitiu-lhe concluir que as reacções psicológicas mais típicas à morte próxima é a ansiedade e a depressão. Estas reacções não estariam relacionadas directamente com a doença propriamente dita mas com aspectos situacionais como a manutenção da família e outros aspectos da vida diária.

Para Cardoso (1989); Gentry e Williams (1975) existem quatro áreas problemáticas que deverão ser consideradas no apoio aos doentes vítimas de EAM e que lhe provocam um grande sofrimento psicológico:

1. **Fantasias/ Mitos/ Crenças** – que o doente tem acerca da doença de que foi vítima que muitas vezes são manifestamente diferentes dos conceitos dos profissionais de saúde e que poderão dificultar a comunicação. Estes mitos estão normalmente relacionados com aspectos culturais e vivências anteriores do doente ou de familiares que foram de algum modo negativas e que poderão fomentar respostas desajustadas:

- "pequenos esforços podem causar morte repentina".
- "os braços não devem ser levantados acima do coração, principalmente o esquerdo".
- "a relação sexual deve ser evitada porque pode matar".
- "pode acontecer novo enfarte no aniversário do primeiro".
- "o doente corre o risco de morrer com a mesma idade dos seus pais ou parentes".
- "durante o sono o coração fica mais fraco, podendo repetir-se o enfarte e morte súbita".

A verbalização destes mitos é importante porque permitirá à equipe de Saúde conhecê-los, como ajudar o doente a ultrapassá-los e "através da relação

terapêutica criada, do espaço que lhe é oferecido, do ambiente propiciado, o doente sente-se sustido, amparado e compreendido e poderá nomear essas ansiedades" (Cardoso, 1989: p. 169).

2. **Denegação/ Negação** – considerada como mecanismo de defesa do Eu, protegendo o indivíduo de uma experiência dolorosa, consiste na recusa da aceitação da realidade ou parte da realidade, face a uma situação de perda ou geradora de angústia. Aparece geralmente como o primeiro mecanismo de defesa após um acontecimento traumático e é por isso considerado como um mecanismo normal face a um perigo. Por vezes a negação poderá tornar-se muito marcada e prolongar-se no tempo dificultando a adaptação do doente à doença e à enfermidade.

Na fase inicial a negação pode actuar de forma positiva, diminuindo a ansiedade que se evidencia por tremuras, inquietação, suores, hiperventilação ou sob a forma de um questionar constante. No entanto, se persistir poderá interferir negativamente na recuperação global do doente porque este pode não solicitar ajuda perante sensação de dor torácica ou outros sintomas, negando-os mesmo quando interpelado ou porque não se consciencializa da necessidade de mudar hábitos e mesmo após a alta hospitalar não adere às recomendações médicas relacionadas com medicação, actividade física, sexual e continuando a trabalhar exageradamente.

A negação exige atenção, subtileza de quem lhe presta cuidados de forma a prevenir desfechos potencialmente fatais e "não é possível deixar de pensar nas reacções destes factos quando morreram doentes porque não houve ninguém disponível para corrigir as suas falhas, os medos criados, a negação e ajudar a encontrar uma outra percepção da realidade" (Gentry e Williams, 1975: p. 109).

O doente deverá pois ser ajudado a ser confrontado com a sua realidade, com as suas capacidades, mas de forma adequada, isto é, "através de uma introdução progressiva da realidade ao longo do tempo, permitindo ao Eu fragilizado do doente lidar gradualmente com pequenas porções de ansiedade, sustentado por uma relação securizante" (Cardoso, 1989: p. 169).

3. **Ansiedade** – é intensa na fase inicial da doença e é fundamentalmente uma ansiedade antecipatória associada a muitas incertezas e medos sobre o futuro, preocupações sobre os procedimentos de diagnóstico e tratamento e também provocada pela presença de equipamentos vários, nomeadamente o monitor cardíaco. Contudo, à medida que se vão familiarizando com o equipamento e com a equipa de saúde, eles "vão encarando a máquina como sendo uma evidência tangível de que a fraqueza do seu miocárdio necessita... vendo-a como um anjo-de-guarda mecânico" (Gentry e Williams, 1975: p. 142). O doente como que passa a valorizar os benefícios recebidos pelo equipamento e a negar os aspectos mais assustadores, especialmente se não causarem dor.

Também lentamente e segundo os autores referidos (p. 142), "os doentes vão respondendo positivamente à equipa de pessoal da Unidade Coronária... tendem a encarar o médico e o enfermeiro como sendo omnipotentes. Esta atitude positiva pode ser convertida numa base realisticamente poderosa de instrumentos de confiança".

Esta confiança é extremamente importante no período imediato pós-enfarte para que seja possível o repouso físico e o repouso psicológico de que tanto necessita para uma melhor cicatrização e recuperação da área cardíaca atingida.

Muitas vezes torna-se necessário recorrer à administração de terapêutica ansiolítica que deverá ser acompanhada por uma manifestação de apoio, de confiança, de solidariedade da equipa de saúde, respondendo adequadamente a todas as suas dúvidas.

4. **Ferida Narcísica / Depressão** – decorre das ameaças de perdas ou de perdas na integridade física, auto-estima e autonomia provocadas pela doença. Estas perdas dão origem à depressão numa fase posterior à negação e ansiedade.

A depressão surge quando a pessoa reconhece as perdas como reais ou potenciais. É caracterizada como sendo do tipo exógena, reactiva às perdas sofridas e aos problemas que se lhe afiguram como intransponíveis e que muitas vezes enfrenta em silêncio. O doente encara a doença como uma situação grave

sem possibilidades de salvação e adquire uma atitude passiva de desistência na fase inicial da doença. Posteriormente e após alta hospitalar, vai-se acentuando uma dependência excessiva com ou sem depressão, motivada por uma excessiva insegurança, transformando-se num "cardíaco inválido", perpetuando o papel de doente, surgindo a dependência de medicação nomeadamente sedativos, hipnóticos e analgésicos. A medicação é usada como forma de provar a si próprio e aos outros que é de facto um "doente" e por isso todos deverão preocupar-se com ele. Assim, vai adquirindo um comportamento apelativo e usando a doença como o motivo principal das suas conversas e como instrumento para manipular a família, os amigos, os profissionais de saúde, procurando conquistar-lhes a simpatia. Em relação à família, nomeadamente com o cônjuge, procura tocar-lhe nos seus sentimentos de culpabilidade pelo que lhe aconteceu e pelo seu estado.

Para Hellerstein (citado por Gentry e Williams, 1975: p. 146), "os sentimentos de depressão são virtualmente universais no período que se segue a um enfarte e torna-se particularmente evidente quando o doente deixa o hospital e regressa a casa". Esta depressão no período de convalescença está associada, segundo os mesmos autores, a uma problemática multifacetada que inclui:

- o medo de a qualquer momento ter um novo enfarte e morrer.
- a intolerância ao esforço pelo medo oculto de se tornar um inválido coronário.
- à restrição física e intelectual, em indivíduos aplicados, competitivos e impacientes.
- a incerteza sobre as suas capacidades relativamente ao recomeço da actividade profissional.
- à inversão dos papeis familiares, às dúvidas sobre a sua realização sexual e ao facto de ter que suportar a superprotecção da família dos amigos e colegas, criando-lhe como que uma concha protectora, limitando-lhe o seu potencial de vida e de liberdade.
- As privações alimentares, de cigarros, de vida social.

Um estudo realizado por Pereira (1997) sobre "Qualidade de vida do doente após EAM", no qual foi utilizada a escala de Qualidade de Vida de Velasco Del Bario, permitiu concluir que a recuperação psicológica e social

destes doentes era a mais penosa, apresentando má qualidade de vida nas áreas comportamento de alerta, tempo de lazer e trabalho, sono e descanso, mobilidade e comportamento emocional.

Para evitar que a depressão se instale é necessário que a equipa de saúde desenvolva uma estratégia de ajuda construtiva, procurando dispor de conhecimentos e de tempo para ajudar o doente a viver e a gerir a sua enfermidade de forma a que ele possa futuramente, mesmo com algumas limitações, realizar adequadamente e com auto-satisfação o seu papel familiar, social e profissional, vivendo uma vida o mais normal possível como pessoa e sentir-se realizado. A relação terapêutica deverá "basear-se numa relação de empatia genuína, de verdadeira compreensão de dentro para fora do sofrimento decorrente dessas perdas e do que elas representam para aquela pessoa e frases tais como "isso passa", "precisa de distrair-se" devem ser evitadas pelo que traduzem de não compreensão do sofrimento depressivo" (Cardoso, 1989: p. 170).

Sendo o sofrimento uma experiência subjectiva de cada ser humano torna-se necessário conhecer a sua vivência, e dando-lhe a oportunidade para que verbalize todo o seu sentir. Não é só através do fácies e de toda uma expressão corporal que podemos deduzir o sofrimento, porque este é um sentir pessoal total. "O sofrimento não se confina aos sintomas físicos, deriva tanto da doença como do tratamento, ninguém pode antecipar o que o sujeito descreverá como fonte de sofrimento" (Cassel, referido em Ribeiro, 1998: p. 188). Cassel refere ainda que o sofrimento:

- "é experimentado por uma pessoa", considerando a pessoa como um todo indivisível constituído de corpo e espírito, com uma dimensão objectiva e subjectiva.
- "ocorre quando há percepção de uma ameaça de destruição da pessoa", terminando o sofrimento quando essa ameaça deixa de existir ou quando a integridade da pessoa é restabelecida.
- "pode ocorrer a qualquer aspecto da pessoa", quer seja relativamente ao seu papel social, identificação grupal, relação com o *Self*, com o corpo, com a família ou com outras pessoas.

Para o autor todas as dimensões pessoais são passíveis de sofrimento e este é condicionado por um conjunto de factores como: tipo, gravidade e forma como a enfermidade aparece, o momento em que se verifica, a idade, a personalidade, as experiências anteriores, o papel e estatuto social, o apoio familiar, a capacidade de resposta das instituições, tipo de tratamento e limitações presentes e futuras (Cassel, referido em Ribeiro, 1998).

Verifica-se que por vezes não existe uma correlação entre gravidade da enfermidade e intensidade da reacção emotiva, já que enfermidades que não se revestem de uma gravidade particular provocam reacções emotivas intensas e vice-versa, enfermidades graves não produzem reacções correspondentes. Tais diferenças de reacção poder-se-ão explicar pela mediação das variáveis sociopsicológicas, dos mecanismos de *coping*, do Locus de Controlo, o modelo explicativo da enfermidade, isto é, a forma como a pessoa a percepciona, os sentimentos e significados que lhe atribui.

Kleinman (referido em Ribeiro, 1998:) reconhece que o modelo bio-médico não ajuda os profissionais de saúde a conhecer, compreender e a valorizar os modelos explicativos dos doentes que, segundo o autor (1998: p. 190), "expressam a sua compreensão popular, da causa, natureza e decorrer do problema, avaliação que fazem do seu significado e os objectivos do tratamento".

Com o objectivo de facilitar a identificação dos problemas relacionados com o sentimento acerca da doença, Kleinman (referido em Ribeiro, 1998: p. 191) propõe que se considerem:

" 1 - Problemas relacionados com as diferentes influências psicossociais e culturais nos padrões de sintomas, e no decorrer da doença, em cada grupo (por exemplo, respostas de *coping* desadaptadas).

2 - Problemas relacionados com as crenças e valores que o doente e sua família têm acerca das causas, da natureza e do significado da doença.

3 - Problemas com a disfunção familiar que tanto pode preceder como seguir o episódio da doença.

4 - Problemas relacionados com grandes e usuais mudanças persistentes que antecedem a doença no papel e estatuto social.

5 - Problemas relacionados com conflitos relacionados com a rotulagem de episódios da doença (grave, aguda, crónica, contagiosa, psiquiátrica, etc.).

6 - Problemas relacionados com a pressão financeira devido a não poder trabalhar e ao custo do tratamento.

7 - Problemas relacionados com as escolhas que têm de ser feitas entre as diferentes instituições que podem fornecer melhor tratamento.

8 - Problemas relacionados com mal-entendidos entre o doente e os profissionais de saúde.

9 – Problemas relacionados com a avaliação do tratamento realizado, e da qualidade do serviço, entre o doente e os profissionais de saúde. "

A pessoa ao enfermar confronta o seu modelo explicativo da doença com os dos profissionais de saúde e se houver discrepâncias, este facto pode ser por si só um factor de desequilíbrio e de sofrimento numa pessoa que vive como que uma desorientação de si própria e influenciar significativamente o desenvolvimento do processo adaptativo à ameaça ao seu bem-estar e à sua vida.

Qualquer estratégia de ajuda deverá passar pela abordagem de três tipos de questões:

- "Questões acerca da compreensão que o doente e suas famílias têm da sua doença..."
- "Questões acerca da perspectiva do doente acerca do significado da doença".
- "Questões acerca das expectativas do doente acerca da doença" (Kleinman, referido em Ribeiro, 1998: p. 191),

A Vivência e Gestão do EAM, enquanto enfermidade, começa quando o doente chega ao hospital e prolongar-se-á durante o processo de convalescença em sua casa, podendo durar meses ou anos. Consistirá no confronto progressivo com a realidade de ter sido "atingido no seu coração" e consequentemente com as implicações que esse acontecimento terá na sua vida diária.

Uma vivência e Gestão eficaz da enfermidade passará pelo desenvolvimento de barreiras mentais realistas e aceitáveis; de expectativas de

controlo pessoal essencialmente centradas no LCI, de *copings* que permitam uma adaptação à doença e a aquisição de significados positivos da mesma, assim como a aquisição de uma nova percepção do seu *Self* que lhe permita a aquisição de uma identidade positiva de si e do mundo social.

Neste percurso de grande sofrimento psicológico terá que ser ajudado por familiares, amigos e profissionais de saúde que num ambiente afectivo promovam a relação empática, a verbalização e a escuta do doente para que através do desconhecimento dos significados que atribui ao acontecimento possam identificar as suas necessidades de ajuda que têm um contexto próprio.

Procuramos ao longo deste capítulo fazer uma revisão bibliográfica dos contributos teóricos de vários autores no campo da Psicologia da Saúde, de investigações realizadas sobre a temática em estudo e outras que repercutindo-se numa ameaça de vida podem ajudar a entender a viviências das pessoas que sofreram um EAM.

Conscientes no entanto que embora procurando sistematizar a vivência da doença e a vivência da enfermidade enfatizando para cada situação os modelos e as investigações que mais contribuíram ao terminarmos este capítulo estamos convictos que só com um perspectiva geral e integradora conseguiremos ter um conhecimento mais real do sofrimento da pessoa que foi ameaçada por uma doença não só no seu sistema biológico mas também nos sistemas psicológico e social.

IV - CAPÍTULO

METODOLOGIA

4 - METODOLOGIA

Abordada a componente teórica, da temática em estudo, passaremos a explicar a metodologia utilizada na nossa pesquisa.

A metodologia ou desenho do estudo como refere Gil (1998), Polit e Hungler (1997), deve mencionar os procedimentos técnicos que o investigador pensa implementar no desenvolvimento do mesmo tendo em conta a sua finalidade e objectivos.

Assim, neste capítulo serão abordados os aspectos metodológicos deste estudo, sendo apresentados: a contextualização da problemática; a finalidade e objectivos desta investigação. Passaremos em seguida à caracterização do estudo; a amostra; do instrumento de colheita de dados e finalmente teceremos algumas considerações sobre procedimentos de carácter ético.

4.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No estudo por nós realizado Pereira (1997) sobre "Qualidade de vida do doente após Enfarte Agudo do Miocárdio", numa amostra de 78 doentes vítimas de EAM (não submetidos a Angioplastia Transluminal Percutânea (PTCA) ou Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, seguidos de consulta de follow-up de Cardiologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia) utilizámos a escala de Qualidade de Vida de Velasco-del Barrio, escala específica para doentes vítimas de EAM. Verificámos um predomínio de áreas com **Má Qualidade de Vida**, respectivamente nas áreas: Comportamento de Alerta; Tempo de Lazer e Trabalho; Sono e Descanso; Mobilidade e Comportamento Emocional; **Média Qualidade de Vida** nas áreas: Saúde e Relações Sociais e **Boa Qualidade de Vida** nas áreas: Comunicação e Projectos futuros.

Das variáveis em presença (idade, sexo, sector profissional e nível de instrução) o nível de instrução era a variável, que na sua globalidade, mais influenciava a Qualidade de Vida (x^2=p<0,001) dos doentes em estudo. Não se verificou uma correlação significativa entre Qualidade de Vida e tempo pós-

enfarte nas várias áreas que compõem a escala (Saúde; Sono e Descanso; Comportamento Emocional; Projectos futuros; Mobilidade; Relações Sociais; Comportamento de Alerta; Comunicação; Tempo de Lazer e Trabalho).

Os resultados desse estudo e nessa amostra permitiram-nos verificar que a Qualidade de Vida do doente após EAM no período que se segue à alta hospitalar, não é uma vida com Qualidade, compreendendo-se por Qualidade de Vida " a capacidade de uma determinada pessoa para desempenhar adequadamente e com autosatisfação o seu papel familiar, social e profissional" (Rami e outros, 1995: p. 91).

Da análise dos mesmos inferiu-se que a recuperação física é talvez a menos penosa e que a recuperação emocional seria mais difícil, envolvendo um conjunto de acontecimentos relacionados com todo um complexo processo adaptativo a esta crise de vida, significativa e situacional, que lhes provoca aumento de tensão, tensão esta que, persistindo, poderá pôr em risco a sua vida. Esta situação exige disponibilidade, a atenção de quem lhes presta cuidados.

Face a estes resultados, tornou-se para nós evidente que o **coração não poderá ser o único foco de atenção**, privilegiando fundamentalmente a actuação instrumental, sendo necessário desenvolver uma estratégia de intervenção multidimensional implícita no conceito de Reabilitação Global destes doentes definida por Ruiz e outros (1990) anteriormente neste trabalho. Esta Reabilitação Global deverá iniciar-se desde os primeiros momentos pós-enfarte, nomeadamente na Unidade Coronária, porque na nossa opinião o tipo de intervenção, de cuidado e de ajuda poderá influenciar a capacidade futura do doente para gerir a doença, a enfermidade e consequentemente a sua qualidade de vida futura.

Para que esse cuidado e essa ajuda sejam eficazes no contexto presente e futuro dos doentes, parece-nos necessário que as suas vivências e a significação que lhes atribuem sejam conhecidas para que de facto sejam valorizadas e reconhecidas as suas necessidades reais.

Sem esse conhecimento não é possível a empatia e o envolvimento do enfermeiro na relação de ajuda. A Empatia tem como finalidade última compreender o doente e manifestar-lhe essa compreensão que se vai desenvolvendo com verbalização e partilha do vasto mundo das vivências. O mundo de qualquer doente é constituído pelo cuidado do homem pelo homem o

que significa uma relação de ajuda e de solidariedade entre o homem que cuida e o homem que é cuidado. Na prática diária de qualquer enfermeiro, na nossa perspectiva, é necessário atender o Ser Humano de forma integral e portanto torna-se imprescindível conhecer em profundidade **o que o Homem é** – na perspectiva fenomenológica desenvolvida por Heidegger, que rejeita a dissociação mente/corpo e em que SER PESSOA pressupõe envolvimento em situações particulares cuja compreensão é possível em termos de significado para o próprio pelos vários aspectos da sua humanidade (inteligência incorporada, significação anterior, interesse).

Ao incorporar na sua actuação o conhecimento das vivências do doente, a relação de ajuda torna-se adequada e eficaz. Esta perspectiva é também expressa por Lazure (1994: p. 162-163) ao referir que "a partilha desta percepção com a enfermeira permite que o cliente se sinta acompanhado e apoiado na exploração das consequências que advêm dos problemas, bem como no enumerar das possibilidades de solução. Para além disto, através da partilha da sua própria experiência... a enfermeira proporciona uma nova perspectiva, um reenquadramento da situação do cliente, os quais, por sua vez, aumentarão as hipóteses de solução".

Esta relação de ajuda, desenvolvida a partir do conhecimento da essência das vivências dos doentes e suas significações, isto é, do seu sentir e seu agir e do significado que lhe atribuem, permitirá, desde o primeiro momento, que o enfermeiro se aproxime de cada doente, de forma a identificar as suas necessidades a fim de que ele se sinta profundamente compreendido, atendido. Esta compreensão poderá facilitar a sua evolução no processo de reabilitação global no sentido daquilo que ele pode ser e que, provavelmente, se reflectirá positivamente na sua qualidade de vida futura.

No contexto da problemática definida, situando-nos numa perspectiva humanista, partilhando da visão fenomenológica do **ser pessoa** de Heidegger, do **modelo da prática de enfermagem centrado na pessoa e no cuidar** e, ainda, perspectivando a **relação de ajuda** conceptualizada neste trabalho por Chalifour (1989) e Lazure (1994), este estudo tem como objectivos:

- Identificar as vivências dos doentes e suas significações quando confrontados com o seu EAM.

– Identificar as necessidades de ajuda que emergem destas vivências.

Pretende-se, fundamentalmente, obter conhecimentos que melhorem a prática de enfermagem e consequentemente o cuidado do doente. Os contributos deste estudo permitirão contextualizar de uma forma mais precisa a relação de ajuda a desenvolver com estes doentes nas Unidades Coronárias, dirigida ao presente e ao futuro de cada homem. Cada homem-doente, cada homem-enfermo é encarado como expoente de uma vida que terá que ser vivida muitas vezes com a doença/enfermidade e que o profissional de enfermagem poderá ajudar a saber gerir o mais eficazmente possível.

4.2 – DEFINIÇÃO DE TERMOS

Certos termos utilizados no contexto deste estudo têm uma conotação própria pelo que se procede à sua definição.

Significação – é o sentido que as palavras encerram, que é representado ou expresso por um sinal ou conjunto de sinais, um facto, um gesto, uma imagem ou uma ideia.

A palavra é algo mais que um instrumento passivo da nossa actividade mental. Existe uma estreita relação entre pensamento e palavra e esta relação constitui uma realidade muito complexa. Para Saussure (citado por Arribas e outros, 1997: p. 205), "o aspecto formal da palavra é uma cadeia sonora que subsiste com as suas características fónicas na consciência e constitui o **Significante**. O que o significante evoca no espírito, em forma de imagem ou de ideia, constitui o **significado** da palavra. Esse elemento linguístico que se produz no interior da consciência se chama **coisa**". Para que a palavra signifique e tenha valor, terá que produzir um acto de pensamento.

Vivências – 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 irredutível a qualquer conceito geral.

Doente confrontado com o seu EAM – doente a quem foi diagnosticado pela 1ª vez uma doença isquémica coronária de instalação súbita, que se caracteriza pela necrose do miocárdio devido a diminuição súbita ou interrupção do aporte sanguíneo coronário a uma determinada área cardíaca. A queixa principal é a dor aguda, intensa e normalmente referida como "aperto" ou "esmagamento", "queimor" localizado debaixo do externo e podendo irradiar para o pescoço, maxilar e braço esquerdo.

4.3 – CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Em função dos nossos objectivos propostos e da escassez de estudos sobre os doentes confrontados com o seu EAM este estudo é de carácter exploratório, descritivo, com uma abordagem fenomenológica e consequentemente enquadrando-se num paradigma qualitativo.

Trata-se de um estudo exploratório por se pretender um melhor conhecimento da problemática e porque segundo Gil (1988: p. 45) estas pesquisas têm como objectivo principal "o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições" e porque segundo o mesmo autor (p. 45) estas pesquisas implicam por vezes "entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado".

Considera-se um estudo descritivo porque se pretende descrever em profundidade as vivências e significações dos doentes quando confrontados com o seu EAM. Citando-se Gil (1988: p. 46), "as pesquisas descritivas têm como objectivo primordial a descrição de determinada população ou fenómeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis... São incluídas neste grupo as pesquisas que têm como objectivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população".

Desenvolve-se segundo uma abordagem fenomenológica porque se procura valorizar a vivência pessoal de quem sofreu um EAM, reflectindo-se sobre ela e analisando aquilo que cada pessoa valorizou e, por isso, o recorda.

Para Serrano (1997: p. 65) "o método fenomenológico permite abordar as realidades sejam elas externas e objectivas ou, precisamente intimas e

subjectivas, observando-as com perfeita imparcialidade tal como aparecem, excluindo qualquer juízo de valor e as possíveis relações causa ou efeito".

O mesmo autor (p. 65) considera que "os estudos baseados na fenomenologia são também idóneos para estudar as pessoas em cenários naturais e para a descoberta do significado das situações clínicas e sua relação com a prática de enfermagem".

A fenomenologia como método permite penetrar nos fenómenos para melhor os conhecer procurando o seu fundamento. O investigador tem acesso ao que foi vivido através da reflexão das pessoas sobre a sua vivência passada, que não foi ainda esquecida e que, portanto, pode ser relatada.

Ao analisar a experiência humana tal como é vivida a partir da descrição das significações que essas vivências têm para quem as vivencia, torna-se necessário considerar que o que é verdadeiro é a existência humana, a realidade pessoal e, por conseguinte, a originalidade da existência individual.

Ao decidir-se neste estudo por uma abordagem fenomenológica, procura-se descobrir, conhecer a significação do fenómeno das vivências através das suas descrições, utilizando um conjunto de operações propostas por Spiegelberg (1976), já anteriormente desenvolvidas e que sucintamente consistem em:

- **Redução**: o investigador esforça-se por ignorar, abstrair-se de todas as ideias, suposições, convicções que se possa ter sobre o fenómeno em estudo.
- **Intuição**: terá que haver uma perfeita adesão à significação do fenómeno, isto é, procurar conhecê-lo como o descreve o sujeito.
- **Análise**: investiga-se com rigor os elementos e a estruturação do fenómeno revelado através do processo de redução e intuição. É essencialmente e segundo Spiegelberg (1976) um exame geral da estrutura do fenómeno com todos os seus elementos e configuração.
- **Descrição**: acontece naturalmente como resultado da intuição e análise. É o processo de estabelecer a relação entre o fenómeno nas suas várias dimensões.

Este estudo enquadra-se nas pesquisas qualitativas uma vez que estas são utilizadas quando se pretende compreender o mundo dos sujeitos tal como eles o vêm e na sua linguagem através "da organização e interpretação de dados não

numéricos para descobrir padrões, formas e qualidades que se encontram nos dados não estruturados (Wilson, citado por Serrano, 1997: p. 66). Os dados obtidos são em forma de palavras ou imagens e não de números, procurando-se respeitar a forma como estes foram registados ou transcritos.

Na investigação em Saúde e nomeadamente em Enfermagem, têm sido desenvolvidas várias pesquisas com diferentes marcos epistemológicos, tendo-se utilizado tanto métodos quantitativos como qualitativos, estes últimos também designado como "método estrutural dos fenómenos" (Gutierrez, 1997: p. 216).

Os avanços da estatística e da informática tem permitido realizar estudos quantitativos que se revelaram necessários para algumas pesquisas dado o seu objecto e seus objectivos. Estes métodos, na nossa perspectiva, poderão desvirtuar a realidade, pela fragmentação descontextualizada e perdendo-se por vezes o real conhecimento do mundo interior e por si encoberto dos homens. Utilizando a metáfora da "casa-jardim-deserto", descrita por Kelley e citada por Parse (1995), em que **casa** representa a estrutura do significado e dos valores que o indivíduo escolhe viver, o **jardim** simboliza o espaço intencional das relações com o mundo e com outras pessoas, sendo portanto um espaço protegido para falar e sentir-se ligado ao mundo, e o **deserto** representa tudo aquilo que não se pode ver com evidência no presente mas que é, contudo, fortemente sentido e que influencia o nosso agir, poderemos dizer que os métodos quantitativos permitem, de algum modo conhecer o jardim, isto é a exterioridade do homem. Contudo, deixam escapar o interior da casa e todo o mundo do deserto onde, por vezes é necessário penetrar, cumprindo todos os procedimentos éticos para ajudar a mudar e a adaptar toda uma estrutura inserida num contexto.

A investigação qualitativa propõe-se recuperar toda a globalidade dessa estrutura, não a fragmentação, isto é, procura estudar toda a globalidade da pessoa perdendo, segundo algumas críticas ao método, em objectividade devido à natureza subjectiva da actividade do investigador, na medida em que este é o principal instrumento da pesquisa. Reconhece-se que não é fácil controlar possíveis vieses quando se analisam vivências de outros, na medida em que a nossa reflexão incide sobre o que se observa, sobre vivências passadas, sobre o que ficou retido na memória e não sobre a experiência pura. Contudo, a investigação qualitativa enriquece o conhecimento do fenómeno nas suas múltiplas dimensões e facetas, permitindo analisar a diversidade, a diferença

entre a doença diagnosticada pelo médico e a doença/enfermidade vivida pelo doente.

Em nossa opinião, o fenómeno saúde/doença/enfermidade pode ser estudado de vários pontos de vista desde o biológico, traduzindo-se manifestações e sensações corporais que podem ser descritas segundo parâmetros objectivos e localizáveis topograficamente, até ao antropológico. Nos estudos antropológicos são consideradas as formas históricas da experiência, codificadas pela cultura, partilhadas e comunicadas num determinado grupo social e por conseguinte constantemente recolhidas e redefinidas pela subjectividade dos indivíduos.

As metodologias Quantitativas e Qualitativas, partindo de marcos de referência diferentes para a abordagem da realidade, dos fenómenos, dos acontecimentos, das circunstâncias que acompanham e caracterizam os estados de saúde/doença/enfermidade, não são antagónicas mas, antes, complementares.

Nas metodologias Quantitativas os fenómenos são susceptíveis de se converterem em factos que se podem extrair da realidade de forma isolada para serem medidos, codificados e correlacionados. O investigador privilegia os factos externos, a sua objectividade procurando utilizar correctamente os procedimentos estatísticos que permitem controlar as influências que sofre o objecto em estudo. Para as metodologias qualitativas essas influências são importantes, devendo ser por isso consideradas e estudadas: as percepções, as representações, as expectativas, os padrões culturais acerca de estados de saúde/doença/enfermidade, as vivências dos mesmos e necessidades sentidas.

A realidade é, na perspectiva qualitativa, concebida como um todo, estruturalmente construído que se vai transformando e que nem sempre se manifesta de forma clara aos nossos sentidos, sendo portanto necessário descobri-lo para ser conhecido. O investigador assume-se segundo Gutierrez (1997: p. 218) como "um sujeito em processo que se transforma e muda na medida em que se vai apropriando do objecto de estudo e se deixa envolver por ele". Os instrumentos da pesquisa são essencialmente as entrevistas, que permitem que as pessoas expressem livremente as suas percepções, neste estudo, sobre a doença e cuidados recebidos. O tratamento de dados baseia-se na análise de conteúdo que segundo Henry e Moscovic (citado por Ghiglione e Matalon,

1992: p. 179) "é uma técnica para fazer inferência por identificação sistemática e objectiva das características de uma mensagem."

4.4 –AMOSTRA

Utilizámos uma amostra de doentes do sexo masculino e feminino, de diferentes grupos etários e sectores profissionais, que foram internados nas Unidades Coronárias dos Hospitais de S. João e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, que servem áreas geográficas diferentes, respectivamente Zona Norte e Zona Sul do Douro. A nossa decisão de efectuar o estudo em dois Hospitais diferentes baseia-se na perspectiva já referida de Cassel (citado por Ribeiro, 1998) de que a capacidade de resposta das instituições, tipo de tratamento, poderão influenciar as vivências dos doentes quando confrontados com a doença.

Embora pretendendo-se conhecer as vivências do doente vítima de EAM no período pós-enfarte imediato, isto é, quando internado na Unidade Coronária, abordámos os doentes para a recolha de dados quando estes já se encontravam na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia. Esta decisão do investigador prendeu-se com razões de ordem ética porque o período imediato pós-enfarte vivenciado nas Unidades Coronárias é um período crítico em que o doente corre risco de vida, necessitando de repouso absoluto físico, e psicológico, devendo por isso ser evitado todo e qualquer foco de tensão. Assim, porque o período que decorre entre o internamento na Unidade Coronária e a Transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia é em média de 2 dias, considera-se que as vivências são recentes e, portanto, passíveis de serem recordadas.

A nossa amostra foi de conveniência pois considerar-se-ão os casos que forem ocorrendo até ao momento que atinja o tamanho em que segundo Glaser e Strauss (citado por Taylor e Bogdan, 1992: p. 35) "se obtenha o ponto de saturação teórica. Este acontece quando observações adicionais não conduzem a compreensões adicionais", isto é, quando se verifica já não haver informação nova. Esta perspectiva é também defendida por Bogdan e Biklen (1994) que consideram que quando se pretende conhecer para compreender e interpretar as experiências subjectivas das pessoas, os estudos apoiam-se em pequenas

amostras porque o investigador está mais preocupado com a diversidade das experiências e o carácter fundamentalmente interpretativo da sua natureza e significados e não tanto com a generalização de resultados.

4.5 – RECOLHA DE DADOS

No âmbito das investigações qualitativas em que este estudo se inseriu, foi seleccionado como instrumento de recolha de dados entrevistas que permitam conhecer, para depois compreender e interpretar. As entrevistas realizadas foram abertas e flexíveis dirigidas aos doentes confrontados com o seu EAM e já internados nas Unidades de Cuidados Intermédios de Cardiologia.

Estas entrevistas, tendo em conta os objectivos deste estudo, foram orientadas por duas questões abertas:

- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve internado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras que foram para si experiências positivas e negativas.
- Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura.

Antes de se iniciar o estudo foi solicitado às Comissões de Ética e Conselhos de Administração das referidas instituições, parecer e autorização para a sua realização através de pedido escrito, acompanhado do projecto desta investigação e de um exemplar do nosso Curriculum, como investigador.

A entrevista foi gravada com o consentimento informado de cada doente, após explicitação dos objectivos do estudo e a garantia do seu anonimato, sendo posteriormente por nós transcrita.

Giglione e Matalon (1992, p. 81) recomendam que seja evitada "a criação de um ambiente artificial no qual serão distribuídos papeis não habituais". Neste sentido, no primeiro contacto com cada doente, identificá-mo-nos como profissional de enfermagem, procurando estar e conversar com cada doente num clima calmo e informal, sem outros intervenientes, que favoreça tanto quanto possível um ambiente natural, desvanecendo hesitações, receios que por vezes os doentes possam sentir ao serem submetidos a entrevistas. Pretendeu-se fundamentalmente um ambiente que possibilitasse um relato espontâneo das suas vivências.

No sentido de motivar o doente para a entrevista, explicou-se a importância do seu contributo para o estudo e, consequentemente, para a melhoria da assistência de Enfermagem aos doentes vítimas de EAM, nomeadamente no período pós-enfarte imediato, período correspondente ao internamento na Unidade Coronária.

No decurso da entrevista, propusemo-nos apenas intervir para insistir, encorajar ou para esclarecer palavras ou frases pouco claras. Estivemos particularmente atentos a manifestações de inquietação e de cansaço que os doentes pudessem apresentar relacionadas quer com o recordar de algo que para eles foi penoso, quer por se encontrarem ainda num período de convalescença com algum grau de intolerância ao esforço. Nestes casos, as entrevistas foram discretamente interrompidas ou dadas por terminadas, evitando que o doente se sentisse culpabilizado pelo acontecido.

O tempo de gravação da entrevista foi variável, procurando-se que não excedesse os 45 minutos e que a mesma se realizasse nos turnos da tarde, turnos de menor actividade médica e de enfermagem, antes e depois do horário das visitas de familiares e amigos, isto é, entre as 14,30h e as 17h ou entre as 18,30h e 19,30h.

Para o tratamento da informação obtida foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, apoiando-nos em Bardin (1997), que a considera como uma técnica que tem duas funções que poderão coexistir e serem complementares:

- Função heurística, valorizando a tentativa exploratória e de descoberta.
- Função de administração de prova, quando as hipóteses são colocadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias, que servirão de guia ao estudo, exigindo uma análise sistemática para serem confirmadas ou informadas. Neste sentido, a análise de conteúdo é utilizada para servir de prova.

Neste estudo, a análise de conteúdo terá uma função essencialmente heurística dado que se parte sem hipóteses e se pretende fundamentalmente descobrir para conhecer o fenómeno, ou seja, a significação das vivências dos doentes confrontados com Enfarte Agudo do Miocárdio.

V - CAPÍTULO

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

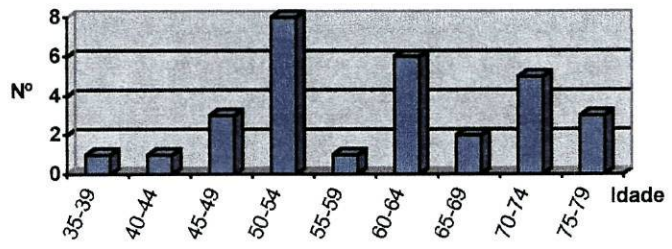
Antes de se proceder efectivamente à apresentação e análise dos dados obtidos, começar-se-á por efectuar a caracterização da amostra em estudo e descrever-se-á, justificando, os procedimentos utilizados.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Verificou-se uma boa receptividade na participação dos doentes nesta investigação sendo respeitados os critérios e condições planeadas para a sua efectivação, tendo-se obtido um *Corpus* de análise constituída por 30 entrevistas, das quais 16 foram realizadas na Unidade Coronária do Hospital de Gaia (HG) e 14 no Hospital de S. João (HSJ) (anexo II). Em anexo III encontra-se um exemplar da formatação efectuada em cada entrevista para facilitar a análise de conteúdo que foi posteriormente tratada.

Considerando as variáveis Idade, Género, Nível de Instrução, Actividade Profissional e Estado Civil, verificou-se que, relativamente à Idade, a mínima situava-se nos 39 anos e a máxima nos 77 anos, verificando-se uma idade média de 60 anos.

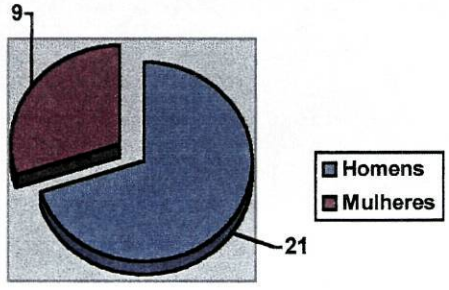
Gráfico Nº 1 – Distribuição etária



Efectuando-se a distribuição dos doentes por escalões etários numa amplitude de quatro anos, constata-se que a maior frequência se situa nos 50-54 anos (8 doentes), 60-64 anos (6 doentes), 70-74 anos (5 doentes).

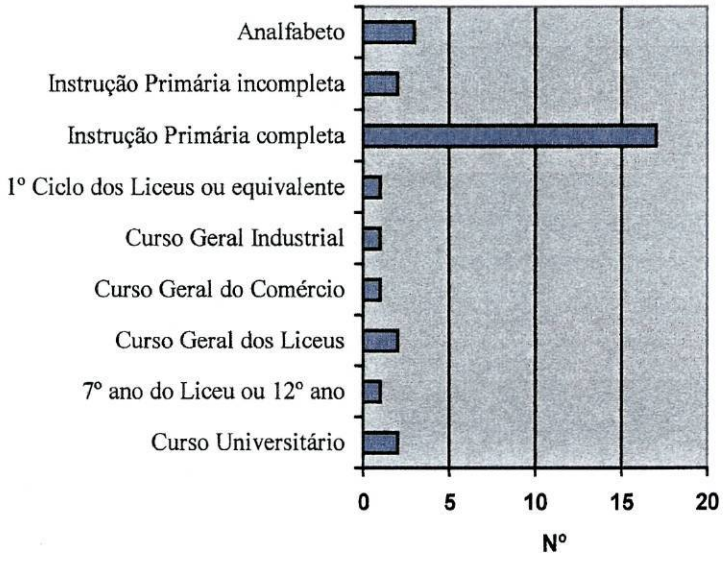
Verifica-se que o EAM continua a atingir grupos etários mais elevados, confirmando-se a tendência para aparecerem casos em indivíduos cada vez mais jovens.

Gráfico Nº 2 – Distribuição por Género



Constata-se ainda que os Homens continuam a ser os mais atingidos: 21 Homens e 9 Mulheres.

Gráfico Nº 3 – Distribuição por Nível de Instrução



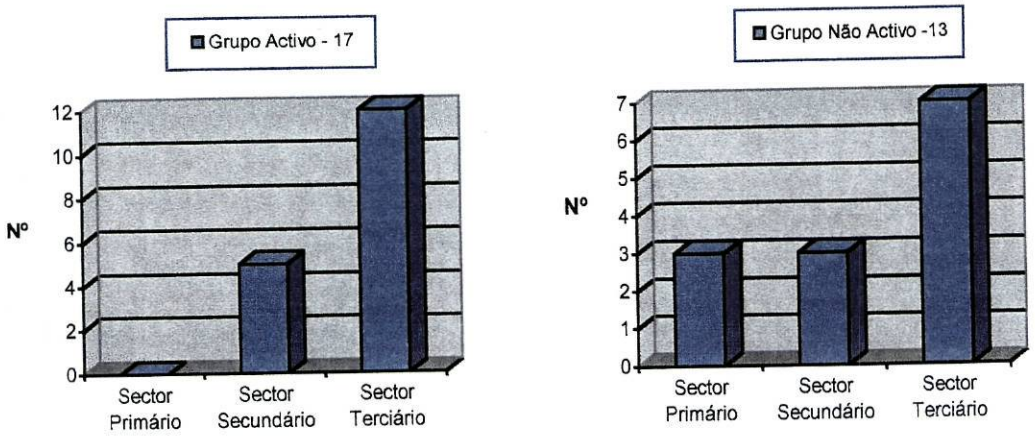
Relativamente ao Nível de Instrução existe um predomínio de doentes com apenas a Instrução Primária completa (17), 5 com formação Liceal ou equivalente, 1 com o 7º ano do Liceu ou 12º ano e 2 com formação universitária.

Para analisarmos a sua situação profissional agrupámos as suas actividades por sectores profissionais:

- **Sector Primário** – englobando as actividades ligadas à exploração agrícola, pesca e caça.
- **Sector Secundário** – incluindo a actividade industrial extractiva e transformadora, a construção civil e obras públicas, distribuição de água e electricidade.
- **Sector Terciário** – todas as actividades não incluídas nos sectores anteriores, nomeadamente o comércio, transportes, educação, saúde, bancos, seguros, profissões liberais: médicos, engenheiros, advogados e empregadas domésticas.

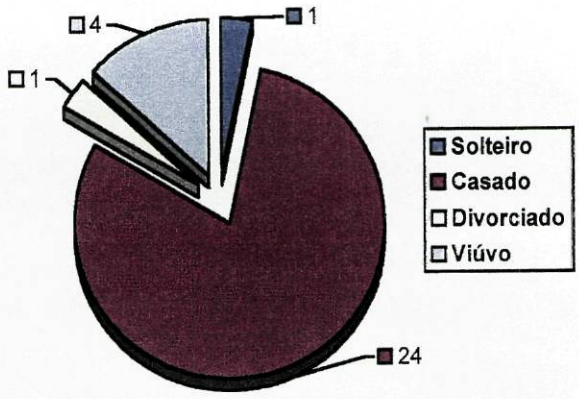
Constituíram-se ainda dois grupos que se designaram por **grupo activo**, formado por todos os doentes que constituem mão-de-obra disponível para a produção de bens e serviços e **grupo não activo**, no qual foram incluídos todos os reformados, doentes permanentes, assim como os que vivem de rendimentos alheios ao trabalho.

Gráfico Nº 4 – Distribuição por Sector Profissional



Verifica-se que no grupo activo se situam 17 doentes, distribuindo-se do seguinte modo: Sector Primário (0); Sector Secundário (5); Sector Terciário (12). No grupo não activo constituído por 13 doentes, estes distribuem-se pelo Sector Primário (3); Sector Secundário (3); Sector Terciário (7).

Gráfico Nº 5 – Distribuição por Estado Civil



Relativamente à sua situação em termos de estado civil, 24 doentes são casados, 4 viúvos, 1 solteiro e 1 divorciado.

Na amostra em estudo, embora se verifique um elevado número de doentes vítimas de EAM no grupo não activo, o grupo activo é predominante, situando-se a sua actividade profissional no sector terciário, sector fundamentalmente prestador de serviços.

Após gravação e transcrição das entrevistas por nós realizadas concretizámos a **primeira etapa** proposta por Spiegelberg (1976), procedendo-se à análise da informação obtida, seguindo-se os procedimentos propostos por Bardin (1977).

Assim para se efectuar a pré-análise realizaram-se várias leituras, as primeiras com carácter *flutuante* e as últimas em *profundidade*, procurando-se explorar o material, tentando-se analisar quais os conteúdos e de que modo se sucediam nos relatos.

Considerou-se cada entrevista uma *Unidade de Contexto*, servindo esta de "unidade de compreensão para codificar a Unidade de Registo e correspondendo ao segmento de mensagem cujas dimensões (superiores às da Unidade de Registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo" (Bardin, 1977: p. 107).

Numa primeira análise constatou-se que, embora as questões formuladas nas entrevistas se dirigissem particularmente às vivências durante o internamento

na Unidade Coronária, surgiram recorrentemente referências a outros momentos temporais distintos e que aparecem por vezes de forma dispersa. Estes momentos emergem nas entrevistas e caracterizam quatro etapas diferentes da vivência do E.A.M. Esta constatação é interessante pois vem ao encontro da recolha bibliográfica efectuada, onde a leitura da vivência do E.A.M. como crise ou doença, tem a ela associada todo o percurso de vida da pessoa, as suas crenças, suas preocupações, suas expectativas e o meio que a rodeia num passado próximo, presente e futuro.

Por isso, decidimos organizar a análise do conteúdo das entrevistas em quatro grandes momentos:

- 1° momento – relacionado com a história pessoal e de saúde pré-enfarte até ao aparecimento dos primeiros sintomas característicos de um episódio agudo de EAM;
- 2° momento – relacionado com a procura de ajuda médica e com o atendimento num Centro de Saúde;
- 3° momento – referente ao internamento na Unidade Coronária;
- 4° momento – referente ao internamento na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia, assim como à perspectiva da alta hospitalar e implicações da doença na vida futura.

Após esta primeira pré-análise, extrairam-se de todas as *Unidades de Registo*, entendidas por Bardin (1977: p. 104) como " a unidade de significação a codificar e que corresponde ao segmento de conteúdo a considerar, visando a categorização e a contagem frequencial. A unidade de registo pode ser de natureza e dimensões muito variáveis".

O critério que presidiu à extracção das unidades de registo foi o de ordem semântica, isto é das significações das palavras e da evolução do seu sentido.

Seguidamente procedeu-se à categorização entendida como "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, 1977: p. 117).

As categorias foram emergindo a partir de um processo de proximidade semântica e progressiva dos elementos, classificado por Bardin (1977) como *um*

procedimento por milha. Na elaboração da grelha de análise categorial procurou-se cumprir os seguintes critérios propostos por Bardin (1977):

- Exclusão mútua – cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão.
- Homogeneidade – um único princípio de classificação a presidir à sua organização.
- Pertinência – adaptada ao material de análise, reflectindo os objectivos ou intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características da mensagem.
- Objectividade e fidelidade – as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises.

  Deste modo "as distorções devidas à subjectividade dos codificadores e à variação dos juízos não se produzem se a escolha e a definição das categorias forem bem estabelecidas" (Bardin, 1977: p. 120).
- Produtividade – quando o conjunto de categorias fornecem resultados férteis, "férteis em índices de referências, em hipóteses e em dados exactos" (Bardin, 1977: p. 121).

5.2 – CATEGORIAS EMERGENTES

Uma grelha de análise categorial foi aplicada pelo investigador e por dois juizes (Professoras Doutoras Marina Prista Guerra e Celina Santos) tendo-se verificado uma concordância de 75,7 %, numa primeira fase, onde havia um maior número de categorias e sub-categorias propostas. Decidiu-se posteriormente a eliminação de algumas categorias e sub-categorias e o seu reagrupamento por não se verificar o critério de exclusão mútua, aumentando assim a concordância dos juizes e fornecendo uma maior consistência à categorização final proposta que referiremos em seguida.

Através do processo anteriormente descrito emergiram seis categorias e treze subcategorias que passaremos a referir, efectuando-se simultaneamente a definição dos seus conceitos e designações.

Pretendendo-se também identificar as necessidades de ajuda que emergiram das vivências dos doentes vítimas de EAM para contextualizar a relação de ajuda a ser desenvolvida no período pós-enfarte imediato, isto é durante o internamento na Unidade Coronária, considerou-se necessário analisar o tipo de valoração que os doentes atribuem às vivências. Deste modo, foi o julgamento do indivíduo que presidiu à classificação com significação positiva (+), negativa (-) ou indeterminada (0). Indeterminada, significa que o investigador não conseguiu captar a avaliação feita pelo entrevistado. Assim algumas categorias e subcategorias poderão ser também positivas (+), negativas (-) ou indeterminadas (0), como se verificará no final da descrição de cada uma delas.

5.2.1 – Categoria – Pensamentos/Cognições (PC)

As **Cognições** são definidas como "um conceito geral que inclui todas as formas de pensamento. Inclui compreensão, imaginação, raciocínio e julgamento" (Chaplin, 1981: p. 91). Para Papalia e Olds (1987: p. 693) "refere-se ao pensamento e a qualquer operação mental que tenha a ver com a maneira com processamos a informação, realizamos planos ou adquirimos conhecimentos - o que se pensa".

Os Pensamentos são "uma só ideia. Processo simbólico. Discurso dissimulado ou subvocal. Resolução de problemas englobando actividades de ideação" (Chaplin, 1981: p. 412).

Os Pensamentos e Cognições abrangem genericamente as crenças, se considerarmos sobretudo a definição de cognições da doença proposta por Leventhal e col. (1980, 1985) como "crenças implícitas ao senso comum que o paciente tem sobre as suas doenças." (Ogden, 1999,p.56)

Com base nestas definições considerou-se na categoria Pensamentos/ cognições todas as referências dos entrevistados a crenças e inferências suas dedutivas ou indutivas sobre o processo da sua situação de saúde/doença; julgamentos sobre a sua história pessoal, o seu modo de pensar e agir ou modo de pensar e agir de outros (doentes, familiares, médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar de acção médica, bombeiros, profissionais das tecnologias da saúde, funcionários administrativos hospitalares); ambiente físico e terapêutico das Instituições hospitalares e Unidades de Cuidados; julgamentos sobre as intervenções terapêuticas; formulação de expectativas futuras.

Esta categoria foi dividida em sete subcategorias cada uma das quais com a referência de positivo (+); negativo (-) e indeterminada (0). Esta capacidade de julgamento do entrevistado é explicada pela componente avaliativa (por exemplo, bom ou mau) da colecção de crenças que definem a sua atitude para aquela situação ou objecto (Ribeiro, 1999)

5.2.1.1 – Pensamentos/Cognições sobre a Equipa de Saúde (PC/ES)

Nesta subcategoria foram incluídos todos os Pensamentos e Cognições relativos às reacções/actuações da equipa de saúde entendida esta como uma organização funcional, interdependente e multidisciplinar, partilhando e actuando orientada por um objectivo comum, constituída por médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar de acção médica, funcionários administrativos, bombeiros, sendo também incluídos neste conceito de equipa de saúde todos os doentes.

Exemplos: "fui bem recebido" (E 17); "são simpáticas" (E 5); "senti que quer os médicos quer as enfermeiras eram muito competentes" (E 10); "a solidariedade dos doentes" (E 10).

5.2.1.2 – Pensamentos/cognições sobre a doença (PC/D)

Incluíram-se nesta sub-categoria todos os Pensamentos e Cognições sobre as vivências relacionadas com o EAM, diagnóstico, hospitalização e implicações desta doença na vivência do seu quotidiano presente e futuro.

Exemplos: "pensei que ia morrer" (E 1); "pensei: já estou a ficar boa" (E 3); "pensei eu vou recuperar" (E 1); "mas vi a coisa muito muito esquisita" (E 25).

Foram ainda considerados nesta sub-categoria as percepções sobre o EAM adquiridos através dos meios de comunicação social; da actividade profissional; da informação médica sobre a prevenção de EAM em doentes com história anterior de Angina de Peito ou de Diabetes Mellitus.

Foi ainda considerada a percepção obtida através da informação casuística (familiares, amigos ou vizinhos vítimas de EAM).

Exemplo: "já há dois senhores ao meu lado que tiveram enfartes, já foram operados e andam lá até ver" (E 26); "eu tive um cunhado que morreu com em enfarte e morreu com 38 anos" (E 19); "das consequências e do que significava não sabia" (E 20).

5.2.1.3 – Pensamentos/cognições sobre intervenções terapêuticas (PC/IT)

Incluíram-se nesta sub-categoria todos os Pensamentos e Cognições sobre as intervenções com fins terapêuticos desenvolvidas por médicos e enfermeiros ou sobre os meios físicos e instrumentais usados no diagnóstico, vigilância e tratamento, nomeadamente ventiladores, monitores cardíacos, electrocardiografos.

Exemplos: "mas aquela maquinaria, aqueles fios ajudavam a salvarem gente" (E 7); "ter que estar na cama custou-me muito" (E 2); "são coisas que são da mão deles" (E 11).

5.2.1.4 – Pensamentos e Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados (PC/I)

Incluíram-se nesta sub-categoria todos os Pensamentos e Cognições sobre a instituição hospitalar na sua globalidade; sobre a estrutura física e localização; ambiente terapêutico; normas de funcionamento (nomeadamente horários de refeições, horário de visitas; tempo de permanência de visitas).

Exemplos: "o ambiente da sala era também muito bom" (E 3); "as refeições estão muito chegadas" (E 21); "estava a sentir o espaço limitado da unidade" (E 22).

5.2.1.5 – Pensamentos e Cognições sobre a História Pessoal (PC/HP)

Incluíram-se nesta sub-categoria todos os Pensamentos e Cognições sobre os seus hábitos e estilos de vida; percursos e filosofias de vida; crenças nomeadamente religiosas; relações de amizade ou de vizinhança e actividade profissional.

Incluiu-se ainda as referências sobre a importância da presença ou ausência de familiares durante o processo de hospitalização, assim como as

referências a preocupações relacionadas sobre a situação passada, presente ou futura de um ou mais elementos da família.

Exemplos: "hoje já não há amigas" (E 4); "Ele já me fez dois milagres" (E 6); "lembrei-me de tudo desde pequenino" (E 8); "nunca pensei na minha vida profissional" (E 22); "como ajudei tanto as minhas filhas tenho a certeza que elas fariam tudo por mim" (E 15); "os meus filhos e os meus netos dão-me força para viver... eles são a luz dos meus olhos" (E 1).

5.2.2 – Categoria – Reacções

Reacção pode ser definida como "uma resposta a um estímulo. Padrão de comportamento que constitui um sintoma de doença ou tipo de personalidade" (Chaplin, 1981: p. 484).

É também definida como "a componente conductal da atitude" (Papalia e Olds, 1987: p. 643). Para estes autores a atitude é uma forma de resposta aprendida e relativamente permanente, sendo compostas por três componentes, intrinsecamente ligadas: cognitiva (pensamentos), emocional (sentimentos) e a conductal/ comportamental (as acções).

Tendo por base estes conceitos foram consideradas na categoria REACÇÕES, os sentimentos (exemplo: "estava triste"); os comportamentos adoptados face ao acontecimento (exemplo: "deitei-me"). Incluíram-se ainda os comportamentos perspectivados em relação ao futuro em consequência do EAM (exemplo: "eu vou descansar muitas vezes na cama", "Todas as asneirinhas vão ser eliminadas").

Esta categoria foi dividida em seis sub-categorias podendo ser também positivas (+); negativas (-) ou indeterminada (0).

5.2.2.1 – Reacções relacionadas com a Doença (R/D)

Incluíram-se nesta sub-categoria todo o tipo de reacções relacionadas com a percepção ou informação do diagnóstico de EAM por médicos e enfermeiros;

com o momento inicial, presente e futuro do EAM, isto é suas implicações futuras.

Exemplo: "não me assustei muito" (E 17); "fiquei em pânico" (E 21).

Foram ainda consideradas as reacções relacionadas com a componente emocional face ao EAM (exemplo: "tive medo") e as relacionadas com a componente comportamental (exemplo: "tenho de ir mais vezes ao médico").

5.2.2.2 – Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas (R/IT)

Incluíram-se nesta sub-categoria as reacções face a procedimentos/ intervenções com fins terapêuticos desenvolvidos por médicos e enfermeiros ou relacionados com meios físicos/instrumentais de diagnóstico, vigilância e tratamento utilizados (ventiladores, monitores cardíacos, electrocardiografos, entre outros).

Exemplos: "aquele aparelho... há dias tiraram-mo só sabia que se chamava eléctrodos (...) eu fiquei todo contente" (E 21); "elas é que me lavavam e isso mexia-me com os nervos" (E 19).

5.2.2.3 – Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados (R/I)

Foram consideradas nesta sub-categoria as reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar na sua globalidade, à Unidade Coronária ou à Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia.

Exemplos: "o que mais gostei foi do ambiente que se vive ali" (E 20); "eu confiava sempre no serviço hospitalar" (E 23)

5.2.2.4 – Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde (R/ES)

Incluíram-se nesta sub-categoria as reacções que, de algum modo, estavam relacionadas com médicos, enfermeiras, doentes, pessoal de acção médica, funcionários administrativos, profissionais das tecnologias de saúde e bombeiros.

Exemplo: "estava na mão deles, podia estar descansado" (E 11); "mas às vezes os médicos podiam-se aborrecer e era isso que me custava" (E 23).

5.2.2.5 – Reacções relacionadas com a família (R/F)

Foram incluídas nesta sub-categoria as reacções relacionadas com um ou mais elementos do agregados familiar.

Exemplo: "não queria que as filhas soubessem e ficassem aflitas e assim não queria" (E 1), "tive muita pena do meu marido" (E 6).

5.2.2.6. Reacções relacionadas com a História Pessoal (R/HP)

Foram consideradas nesta sub-categoria todas as reacções relacionadas como a história e percurso de vida, nomeadamente hábitos; estilos de vida; crenças, entre as quais as crenças religiosas; relações de amizade, relações de vizinhança e relações profissionais.

Exemplos: "sou uma pessoa calma" (E 6), "Recomendo-me a Ele" (E 6); "procuro não abusar, enfim com certas comidas certas bebidas" (E 11).

5.3 – CATEGORIA – SENSAÇÕES CORPORAIS (SC)

A **sensação** é um "processo ou experiência que se inicia quando um estímulo excita o receptor. Processo de sentir. Um dos elementos da consciência juntamente com as imagens e sentimentos" (Chaplin, 1981: p. 519). Este autor define ainda sensações orgânicas como "sensações que têm origem dentro do organismo". Para Papalia e Olds (1987: p. 113) é "o que sentimos como resposta à informação que nos chega dos órgãos sensoriais. A percepção é a maneira como o cérebro organiza estas sensações para lhe dar sentido".

Com base nestas definições foram incluídas na **categoria sensações corporais** as percepções dos diferentes estímulos, ao nível dos vários sentidos, vivenciados no início do EAM e situação presente, assim como a percepção de melhoria ou agravamento dos sintomas e do estado de saúde geral. Foram considerados os seguintes sentidos: visão, audição, olfacto, gosto e tacto. No sentido do tacto foram também incluídos "vários sentidos diferentes que produzem as sensações de calor, frio, pressão e dor" (Papalia e Olds, 1987: p. 113). Esta categoria apenas foi dividida em positiva (+) ou negativa (-).

Exemplos: "agora até me sinto melhor" (E 2), "eu fui-me sentindo melhor" (E 6), "doía-me tanto o estômago" (E 18).

5.4 – CATEGORIA – INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS (IT)

Foram consideradas na categoria Intervenções Terapêuticas todas as referências a procedimentos/intervenções desenvolvidas por médicos e enfermeiros face à situação de saúde do doente no âmbito do diagnóstico, vigilância, tratamento do EAM, assim como todos os procedimentos/ intervenções desenvolvidas por enfermeiros com vista à satisfação de necessidades humanas básicas, nomeadamente higiene e conforto; alimentação e hidratação, eliminação, sono e repouso, mobilização, respiração.

Esta categoria diferencia-se das PC/ IT pela ausência de julgamento no entrevistado no contexto da entrevista.

Exemplos: "deram-me umas injecções" (E 6); "depois meteram-me nas máquinas" (E 13); "fizeram-me exames e tal, auscultação" (E 21).

5.5 – CATEGORIA – INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA (ID)

Esta categoria abrange a sub-categoria História de Saúde Anterior (HSA) e Informação Clínica (IC).

5.5.1 – História de Saúde Anterior

Incluíram-se nesta sub-categoria todas as referências relativamente aos antecedentes pessoais de saúde/doença ou mal-estar anteriores ao episódio de EAM e com este relacionados.

Exemplo: "disse-me que os meus nervos me atacariam o coração, que estivesse descansada que não tinha nada de maior no coração" (E 1); "eu já tinha vindo fazer um exame ao serviço de cardiologia do hospital." (E 25).

5.5.2 – Informação Clínica

Incluíram-se nesta sub-categoria todos os conhecimentos adquiridos durante a hospitalização ou a necessidade sentida dos mesmos relativamente à ocorrência de EAM; informação transmitida por médicos e enfermeiros sobre o diagnóstico (natureza da doença, tipo de enfarte, situação clínica presente), assim como o prognóstico e recomendações futuras.

Exemplo: "disseram-me que tinha tido um ataque de coração... Um enfarte" (E 1); "as enfermeiras disseram-me que tivesse cuidadinho... o senhor teve um enfarte" (E 7); "eles diziam – viu o programa de ontem à

noite? É o mesmo que está a acontecer com a senhora nós vamos fazer..." (E 24); "disseram-me que não podia fazer força..." (E 30).

5.6 – CATEGORIA – ATRIBUIÇÃO CAUSAL DA DOENÇA (ACD)

Incluíram-se nesta categoria as referências a possíveis factores desencadeantes do EAM.

Exemplo: "Esse empregado tem-me causado muitos problemas e é por isso que atribuo o que aconteceu" (E 21); "a causa principal para mim foi o stress" (E 22).

Concluída a aplicação da grelha de análise categorial a cada entrevista, os dados foram tratados por procedimento informático inicialmente em Microsoft Word e posteriormente em Excel o qual permitiu efectuar uma análise frequencial dos mesmos.

Como já foi referido, verificou-se a existência de 4 momentos distintos na análise das entrevistas. Pretendendo-se focalizar o nosso estudo no período correspondente ao internamento na Unidade Coronária, iremos desenvolver particularmente o 3° momento apresentando-se no entanto, os dados mais relevantes relativamente aos restantes momentos, que de algum modo aumentam o nosso conhecimento sobre a problemática em estudo.

Na nossa descrição e análise dos resultados começaremos do geral prosseguindo para o particular, isto é, das categorias emergentes para as suas subcategorias e de forma decrescente em termos de valores percentuais das mesmas.

Apresentar-se-ão os dados mais significativos a cada momento, através de tabelas, que permitirão visualizar a frequência absoluta e relativa das categorias e subcategorias emergentes, correspondentes às diversas vivências do doente quando confrontado com o seu EAM. Seguir-se-á a transcrição de unidades de registo tradutoras das diversas significações dos doentes relativamente às mesmas.

5.7. As vivências do doente confrontado com o seu EAM

As vivências do doente confrontado com EAM representadas pelo conjunto das seis categorias, dispersam-se por quatro momentos temporais diferentes, contudo intimamente relacionados.

Começaremos por apresentar no quadro 1 o total das unidades de contagem em termos percentuais onde se observa as categorias predominantes em cada momento.

Seguidamente ilustraremos com frases recolhidas das entrevistas as categorias e sub-categorias com maior expressão para cada um dos momentos anteriormente referidos.

Quadro 1 – Vivências do doente confrontado com EAM

Categorias / Momentos	PC		R		SC		ID		ACD		IT		VA	
	fi	fi %	fi	fi %	fi	fi %	fi	fi %	fi	fi %	fi	fi %	fi	fi %
1º MOMENTO	65	8,1%	148	33,8%	179	60,3%	54	44,6%	16	34,0%	4	6,0%	9	100,0%
2º MOMENTO	36	4,5%	31	7,1%	20	6,7%	23	19,0%	2	4,3%	39	58,2%	0	0,0%
3º MOMENTO	541	67,3%	187	42,7%	78	26,3%	33	27,3%	13	27,7%	16	23,9%	0	0,0%
4º MOMENTO	162	20,1%	72	16,4%	20	6,7%	11	9,1%	16	34,0%	8	11,9%	0	0,0%
Total	804	100,0%	438	100,0%	297	100,0%	121	100,0%	47	100,0%	67	100,0%	9	100,0%

Conforme se verifica os Pensamentos/ Cognições com um total de 804 unidades de contagem são dominantes situando-se fundamentalmente no 3° e 4° momentos, respectivamente com 67,3 % e 20,1 % (541 e 162 unidades de contagem). Seguem-se as Reacções com 438 unidades de contagem nos 3° e 1° momentos, respectivamente com 42,7 % e 33,8 % (187 e 148 unidades de contagem). As Sensações Corporais com 297 unidades de contagem são significativas no 1° e 3° momentos, com 60,3 % e 26,3 % (179 e 78 unidades de contagem). A Informação sobre a Doença com 121 unidades de contagem prevalece no 1° e 3° momentos, com 44,6 % e 27,3 % (54 e 33 unidades de contagem). A Atribuição Causal da Doença com 47 unidades de contagem

distribui-se com igual percentagem 34,0 % (16 unidades de contagem) no 1° e 4° momentos, seguindo-se o 3° momento com 27,7 % (13 unidades de contagem). As Intervenções Terapêuticas com 67 unidades de contagem predominam no 2° momento com 52,2 % (39 unidades de contagem) e 3° momento com 23,9 % (16 unidades de contagem.

Na coluna identificada como VA (Vários) estão incluídas referências sobre outros problemas não relacionadas com o EAM, com 9 unidades de contagem localizadas apenas no 1° momento.

1º MOMENTO – História pessoal e de saúde pré-enfarte até ao aparecimento dos primeiros sintomas característicos de um episódio agudo de EAM

As categorias emergentes, traduzindo as vivências dos doentes neste momento, distribuem-se conforme se apresenta na tabela 1.

Tabela 1 – Categorias emergentes no 1º momento.

Categorias emergentes no 1º momento	*fi*	*fi%*
Sensações Corporais	179	37,7
Reacções	148	31,2
Pensamentos/ Cognições	65	13,7
Informação sobre a Doença	54	11,4
Atribuição Causal da Doença	16	3,4
Intervenções Terapêuticas	4	0,8
Vários	9	1,9
Total	475	100,0

Neste momento, de um total de 475 unidades de contagem, emergem de forma significativa a categoria Sensações Corporais com 37,7 % (179 unidades de contagem) e Reacções com 31,2% (148 unidades de contagem).

Com base nos dados da grelha geral de análise (anexo IV), verifica-se que na categoria Sensações Corporais, as Sensações Corporais Negativas (SC -) são dominantes com 176 unidades de contagem, representando 98,3 % do total da categoria. Relativamente à categoria Reacções, a subcategoria Reacções face à Doença indeterminadas (R/ Dº) são predominantes com 100 unidades de contagem, representando 78,1 % do total da subcategoria.

Categoria Sensações Corporais Negativas

(SC -)

As **Sensações Corporais Negativas** foram expressas em afirmações tais como:

Tinha uma dor no peito (E 1)	por duas vezes eu vomitei, (E 12)
Sentia-me cansado, (E 2)	doía o estômago (E 18)
senti muito mal, (E 3)	sinto aqui qualquer coisa no peito que não é nada agradável", (E 21)
A dor era muito forte, aqui nas costas e no peito... (E 6)	parecia- me um ardume, (E 22)
faltava-me o ar, (E 7)	tinha ali uma coisa a comprimir, (E 23)
queria respirar e não podia... (E 8)	essa dor começou a prender os músculos dos braços (E 24)
umas tonturas na cabeça, (E 10)	começaram a subir uns suores à cabeça, (E 28)
tinha as costelas , a carne parecia toda descolada das costelas, (E 11)	Era uma dor... assim, lentamente, uma coisa passageira, (E 30)

Subcategoria Reacções face à Doença indeterminadas

(R/ Dº)

As **Reacções face à Doença indeterminadas** revelaram-se em expressões, tais como:

ia da sala para o quarto, (E 1)	pus o comprimido debaixo da língua, (E 14)
fui à urgência do Hospital (E 4)	sentava-me um bocado... (E 18)
chamei uma ambulância (E 7)	Fumei e a coisa passou ainda mais ou menos, (E 22)
estava na dúvida se havia de vir para o hospital (E 9)	tomei (...) um sumo, (E 22)
cheguei a casa do meu irmão, contei- lhe o que me estava a acontecer (E 10)	me deitei no chão, a ver se aquilo me passava ou qualquer coisa. (E 23)
estava a ver se passava... (E 11)	vim até à beira duns campos com a ideia de ver se arranjava água para beber, (E 26)

Deitei-me e levantei-me seguramente 4 a 5 vezes (E 12)	aguentei sempre em minha casa, (E 28)
fui fazer chá pró coração, (E 13)	comi, tomei um medicamento, Aulim, por causa dos ossos... (E 30)

2º MOMENTO - Procura de ajuda médica e atendimento no Centro de Saúde/ Serviço de Urgência Hospitalar

As categorias emergentes, traduzindo as vivências dos doentes confrontados com EAM neste momento, distribuem-se conforme tabela 2.

Tabela 2 – Categorias emergentes no 2º momento.

Categorias emergentes no 2º momento	*fi*	*fi%*
Intervenções Terapêuticas	39	25,8
Pensamentos/ Cognições	36	23,8
Reacções	31	20,5
Informação sobre a Doença	23	15,2
Sensações Corporais	20	13,2
Atribuição Causal da Doença	2	1,3
Total	151	100,0

Neste momento de um total de 151 unidades de contagem, evidenciaram-se particularmente a categoria Intervenções Terapêuticas (IT) com 25,8 % (39 unidades de contagem), Pensamentos e Cognições (PC) com 23,8 % (36 unidades e contagem), Reacções (R) com 20,5 % (31 unidades de contagem), Informação sobre a Doença (ID) com 15,2 % (23 unidades de contagem), Sensações Corporais (SC) com 13,2 % (20 unidades de contagem) e Atribuição Causal da Doença (ACD) com 1,3 % (2 unidades de contagem).

Com base nos dados da grelha geral de análise (anexo V), verifica-se que relativamente à categoria PC, a subcategoria PC/ ES + é predominante com 10 unidades de contagem, representando 83,3 % do total da subcategoria. Relativamente à categoria Reacções, a subcategoria R/ Dº, R/ D – e R/ D +, apresentam respectivamente 10, 9 e 8 unidades de contagem representando 37,0 %, 33,3 % e 29,6 % do total da subcategoria.

Na categoria Sensações Corporais, as SC – possuem 15 unidades de contagem representando 75,0 % do total da categoria..

Categoria Intervenções Terapêuticas (IT)

As **Intervenções Terapêuticas** exprimiram-se em afirmações, como por exemplo:

fizeram análises e mais coisas e mais coisas (E5)	fizeram-me exames e tal, auscultação... (E21)
deram-me umas injecções, (E 6)	Onde os médicos fizeram um electro e mandaram-me meter uma pastilha debaixo da língua (E 24)
fizeram-me um tratamento e de lá mandaram-me para aqui, (E 7)	Cheguei ao hospital S. T.", fizeram-me uns exames (E 26)
Começaram a actuar rapidamente, baixaram-me as tensões (E 9)	doutor trouxe-me e fiquei internado (E 28)
sei que me levaram para uma sala de ressuscitação e me reanimaram. (E 10)	foi quando um médico veio à minha beira e disse: "ele tem já de ser tratado, vai para a Unidade, que já estão os médicos à sua espera", (E 30)
Fiz uma radiografia e não tinha nada. (E 12)	

Subcategoria Pensamentos - Cognições sobre a Equipa de Saúde Positivos (PC/ ES +)

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde Positivos** traduziram-se em expressões tais como:

tivemos muita sorte com o médico, (E 1)	ali não me faltou nada, nada não tenho nada que dizer do pessoal (PC/ES + 23)
Fui muito bem assistida pelo médico e enfermeiros (E 4)	a médica muito atenciosa veio-me ver (E 23)

Subcategoria Reacções face à Doença indeterminadas (R/ Dº)

As **Reacções face à Doença indeterminadas** caracterizaram-se em expressões tais como:

Fomos para o Hospital de Espinho, (E 1)	Cheguei ao dispensário (E 26)
disse ao empregado da recepção que estava a	Fui ver o médico (E 29)

ter um Enfarte e que tinha de ser imediatamente visto por um médico. (E 10)	

Subcategoria Reacções face à Doença Negativas
(R/ D -)

As **Reacções face à Doença Negativas** expressaram-se em afirmações tais como:

até queria morrer, (E 1)	eu fiquei muito triste (E 19)
às vezes pedia a morte a Deus (E 1)	Fiquei em pânico, (E 21)
apanhei um choque quando fui pr'á... pr'á clínica (E 17)	Pois não assustou! O coração parando... (E 29)

Subcategoria Reacções face à Doença Positivas
(R/ D +)

As **Reacções face à Doença Positivas** expressaram-se em afirmações tais como:

mas ao mesmo tempo disse: "deixa lá, seja o que Deus quiser... (E 1)	não fiquei assim tão preocupado (E 17)
mas dentro de mim havia uma força que lutava... (E 10)	mas ò mesmo tempo tenho muita fé, (E 19)
Quando vim a mim, senti uma alegria imensa por estar do lado de cá... (E 10)	

Categoria Sensações Corporais Negativas
(SC -)

As **Sensações Corporais Negativas** traduziram-se em expressões tais como:

aí desmaiei. (E 3)	cheguei às urgências, (...) a dor cada vez pior (E 23)
não me sentia bem (E 4)	a dor assanhava mais (E 26)
cada vez me sentia pior, (E 10)	

Categoria Informação sobre a Doença
(ID)

A **Informação sobre a Doença** traduziu-se em expressões tais como:

Disseram-me que tinha tido um ataque no coração... Um Enfarte. (E 1)	Não sabiam se era angina de peito... acho até que nunca me chegaram a falar em Enfarte (E 12)
"a senhora está muito mal, teve um enfarte". (E 4)	me disseram: "você já não pode conduzir porque sabe, não está em condições, é melhor chamar uma pessoa de família, ou uma coisa assim", (E 17)
de princípio não disseram que era um enfarte, que podia ser, (E 11)	o Sr. Dr. disse-me "o seu caso é mais sério do qu'aquilo que nós julgávamos e a senhora vai ter que ficar internada".(E 19)
No hospital, nunca me disseram nada do que se tratava, (E 12)	Na urgência, depois de me terem feito o electrocardiograma, disseram-me que tinha tido um enfarte. (E 20)

3º MOMENTO – Internamento na Unidade Coronária

Relativamente a este momento passaremos a apresentar as categorias emergentes representativas das vivências dos doentes confrontados com EAM.

Categorias emergentes das vivências dos doentes confrontados com EAM na Unidade Coronária

Tabela 3 – Categorias emergentes relativas ao 3º momento.

Categorias emergentes no 3º momento	*fi*	*fi%*
Pensamentos e Cognições	541	62,3
Reacções	187	21,5
Sensações Corporais	78	9,0
Informação sobre a Doença	33	3,8
Intervenções Terapêuticas	16	1,8
Atribuição Causal da Doença	13	1,5
Total	868	100,0

Verificamos que no total de 868 unidades de contagem são dominantes as categorias Pensamentos - Cognições (PC) representando 62,3 % , seguindo-se Reacções (R) com 21,5 % , Sensações Corporais (SC) com 9,0 %, e Informação sobre a Doença (ID) com 3,8 % . Surgem ainda as categorias Intervenções Terapêuticas (IT) e Atribuição Causal da Doença (ACD) respectivamente com 1,8 % e 1,5 %.

Em seguida, proceder-se-à à descrição cada categoria em particular e suas subcategorias, atendendo a uma análise frequêncial decrescente, conforme grelha geral (anexo VI).

Categoria Pensamentos – Cognições (PC)

Dentro desta categoria emergem subcategorias representadas na tabela 4.

Subcategorias emergentes

Tabela 4 – Subcategorias emergentes da categoria Pensamentos-Cognições.

Pensamentos e Cognições (PC) subcategorias emergentes	*fi*	*fi%*
PC/Equipa de Saúde	303	56,0
PC/Instituição	86	15,9
PC/Doença	82	15,2
PC/Intervenções Terapêuticas	54	10,0
PC/História Pessoal	16	3,0
Total	541	100,0

De um total de 541 unidades de contagem, os Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde (PC/ ES) evidenciam-se com 56,0 % seguindo-se os Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados (PC/ I) com 15,9 % , sobre a Doença (PC/ D) 15,2 % , sobre as Intervenções Terapêuticas (PC/ IT) 10,0 %. Os Pensamentos – Cognições relacionados com a sua História Pessoal (PC/ HP) é pouco significativa representando 3,0 % do total dos Pensamentos – Cognições dos doentes vítimas de EAM relativas a este momento.

Subcategoria Pensamentos - Cognições sobre a Equipa de Saúde

(PC/ ES)

Tabela 5 – Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde.

Subcategoria PC/ES	*fi*	*fi%*
PC/ES^{+}	285	94,1
PC/ES^{-}	16	5,3
PC/ES^{o}	2	0,7
Total	303	100,0

Num total de 303 unidades de contagem, predominam nesta subcategoria os Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde Positivos (PC/ ES +) com uma expressão de 94,1 % e seguindo-se os Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde Negativos (PC/ ES -) com 5,3 % . Os Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde indeterminadas (PC/ ES °) não são relevantes traduzindo-se em 0,7 % , correspondendo apenas a duas expressões.

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde Positivos**, traduziram-se em expressões tais como:

Aqui os médicos e as enfermeiras são boas. (E 1)	a solidariedade entre os doentes(E 10)
O médico é bom médico (E 2)	sempre que é preciso alguma coisa basta uma pessoa chamar que elas estão logo de volta a ver o que é preciso, (E 11)
cheia de cuidados...(E 3)	a nível de médicos e de todo o pessoal de enfermagem, se tivesse que dizer dava o máximo da pontuação, (E 12)
as enfermeiras eram muito próximas, (E 3)	Às vezes o médico e a enfermeira podem não ser competentes profissionalmente mas se forem agradáveis é meia cura para os doentes... (E 12)
não era preciso chamá-las, (E 3)	o carinho com que tratam as pessoas... (E 12)
muito competentes (E 3)	o falar, "está melhor, não tire isso, põe aquilo, ele vai ficar bem" (E 13)

os médicos, muito competentes... (E 3)	e se não estão a gente chama e elas vêm logo. (E 14)
a gente não se sentia sozinha, (E 4)	Senti-me acompanhado, (E 14)
as enfermeiras estão lá sempre (E 4)	muito educadas, (E 15)
vi que se preocupavam com as queixas dos doentes. E isso é bom. (E 4)	sempre a ver se a gente tem tudo direitinho, (E 15)
enfermeiras são simpáticas, (E 5)	Não falta nada ao doente, (E 16)
têm gosto em nos vir dar medicamentos, (E5)	uma vez que tive que ir ao quarto de banho elas estiveram à minha espera, (E 16)
brincam até com a gente e tudo... (E 5)	Elas são outra família... (E 16)
ter uma palavra de amizade como elas fazem... (E 5)	fazem-nos na ocasião o que a nossa família não pode. (E 16)
a cuidar da gente... (E 6)	tanto o pessoal menor como o maior, são impecáveis! (E 19)
muito atenciosas, (E 6)	punham a gente à vontade. (E 19)
não sabiam o que nos haviam de fazer mais... (E 6)	nunca vi nem senti má vontade. (E 19)
A camaradagem das enfermeiras, (E 7)	Às vezes dizia e elas diziam "não quer dizer que não vai "já não vou poder fazer certas coisas" poder, terá que evitar certas coisas, o que fazia, que não deve agora... não quer dizer que não vá fazer outras coisas, não vai ficar inválida", (E 24)
animavam muito as pessoas (...) mas era verdade (E 7)	No posto central elas estão a controlar tudo o que passa nas camas (E 25)
ajudam e isso é muito importante... (E 7)	vi dois médicos que eram realmente conscienciosos (E 25)
senti que quer os médicos quer os enfermeiros eram muito competentes, no aspecto técnico como humano... via-se, sentia-se (E 10)	dois médicos lá que por exemplo me disseram: "o senhor não peça para ir para cima, não force, deixe-se estar aqui, não é bonito, mas deixe-se estar aqui que é bom (E 25)
terem-me contado toda a verdade desde o primeiro momento... (E 10)	tive aconchego de todos, dos próprios médicos, das enfermeiras, (E 27)
eu sabia o que estava a acontecer, (E 10)	a nós fazem tudo, (E 28)
sabermos que nada está a ser escondido é muito importante. (E 10)	

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Equipa de Saúde Negativos** revelaram-se em expressões tais como:

pensava "ninguém me diz nada, foi preciso arrancar tudo à força... não sei a que estou condenado... não sei se estou bem, se estou mal". (E 9)	As enfermeiras também não falam muito destas coisas... (E 23)

Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados

(PC/ I)

Tabela 6 – Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre A Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados.

Subcategoria PC/I	*fi*	*fi%*
PC/I^-	44	51,2
PC/I^+	38	44,2
PC/I^o	4	4,7
Total	86	100,0

No total de 86 unidades de contagem, verificou-se o predomínio de Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Negativos (PC/ I -) com 51,2 % , seguindo-se com 44,2 % os Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Positivos (PC/ I +) e por último os Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados indeterminadas (PC/ I °) com 4,7 %.

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Negativos** revelaram-se em algumas das seguintes expressões:

o que mais me custou foi não poder ver os meus filhos... (E 5)	estar muito fechada, (E 19)
as pessoas não deviam estar muito... (...) Muito próximas (E 12)	as refeições estão muito chegadas..., (E 21)
era o que faltava... apesar de tudo, olhe é a família, pronto. (E 15)	é um sítio um bocado soturno, (E 25)
estar um bocado isolado, (E 17)	daqueles barulhos todos, (E 25)
só me faltava uma coisa, era ver os meus programas, (E 18)	Custa um bocado não ter uma pessoa de família ao pé, (E 29)

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Positivos** exprimiram-se nas seguintes afirmações:

O ambiente da sala era também muito bom,	estava rodeada de tudo (E 23)

(E 3)	
ali se me acontecesse alguma coisa, havia todos os meios e condições para me socorrerem (E 10)	Pensei, ó meu Deus está-se no céu. (E 27)
havia higiene, (E 12)	estava tudo muito bem organizado... (E 29)
a gente sentir a presença daquele fa-miliar ali ajuda muito... (E 15)	estava-se bem (E 30)
senti que ali é que estava bem, melhor que em casa... (E 21)	

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados indeterminadas** resumiram-se nas seguintes expressões:

Se calhar estas pessoas deviam estar isoladas, por quartos, (E 12)	Agora uma pessoa, se for mui-to grave, muito grave, deve haver uns quartos a propósito, até mais bloqueados por causa do barulho. (E 29)

Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre a Doença (PC/ D)

Tabela 7 – Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre a Doença.

Subcategoria PC/D	*fi*	*fi%*
PC/D^-	33	40,2
PC/D^+	29	35,4
PC/D^o	20	24,4
Total	82	100,0

Nesta subcategoria de um total de 76 unidades de contagem os Pensamentos – Cognições sobre a Doença verificou-se um predomínio de Pensamentos – Cognições sobre a Doença Negativos (PC/D -) com 40,2 % , Pensamentos – Cognições sobre a Doença Positivos (PC/ D +) com 35,4 %. Os Pensamentos – Cognições sobre a Doença indeterminadas (PC/ D^o) representam 24,4 %.

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Doença Negativos** traduziram-se em expressões tais como:

e pensei que ia morrer (E 6)	senti que era perigoso, (E 16)
ideias más, (E 7)	até pensei "será que vou ficar assim toda a vida, assim aqui..." (E 17)
Passaram coisas pela minha cabeça que não devia... (E 8)	Infelizmente na família já tive dois casos, (E 22)
sabe uma pessoa pensa sempre coisas que às vezes podem prejudicar as pessoas.(...) pró futuro (E 11)	eu quando via os médicos vir ter comigo, mas vi a coisa muito, muito esquisita. (E 25)
era sempre aquilo : "não chego aos 2000, (E 13)	a doença do coração é muito triste, (E 27)

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Doença Positivos** revelaram-se em determinadas expressões, como, por exemplo:

pensei: "já estou a ficar boa", (E 3)	eu depois pensei que foi Deus que me encaminhou... (E 23)
Não pensei em nada deprimente, (E 3)	pensava que não tinha nada de tão bem que estava, (E 24)
depois vi-me salva... (E 6)	Pensei "ainda estou vivo" (E 25)
foi como um milagre. (E 13)	pensei: "estou aqui pr'a curar-me", (E 30)
é preciso levantar o moral pr'a cima... é muito importante para quem tem uma doença cardíaca. (E 14)	eu pensava: "a gente está aqui para curar, não é para chorar. (E 30)
pensei sempre que ia recuperar depressa, (E 19)	o caso se tinha passado com outros à minha beira bom... estou na mesma como eles, não sou mais que os outros. (E 26)

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Doença indeterminadas** exprimiram-se em afirmações, tais como:

mas na minha ideia pensei que tinha sido uma angina de peito, como me tinha dado há 10 anos, (E 3)	"eu sei que tenho, mas pr'a mim, claro, sinto que não tenho nada".(E 24)
eu não sabia a origem (E 23)	que era do coração, (E 28
não sabia nada (E 23)	uma ferida no coração e agora tem que ser curada. (E 30)

Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre Intervenções Terapêuticas

(PC/ IT)

Tabela 8 – Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre Intervenções Terapêuticas.

Subcategoria PC/IT	*fi*	*fi%*
PC/IT^{+}	30	55,6
PC/IT^{-}	19	35,2
PC/IT^{o}	5	9,3
Total	54	100,0

De um total de 54 unidades de contagem, constatou-se que os Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas Positivas (PC/ IT+) são dominantes representando 55,6 % , seguindo-se os Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas Negativas (PC/ IT -) com 35,2 % , e, por último, os Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas indeterminadas (PC/ IT °) com 9,3 %.

Os **Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas Positivas** estão representados pelas seguintes afirmações:

tiravam-me sangue várias vezes, (E 5)	de minuto a minuto se fosse preciso era fazer isto, era fazer aquilo(E 23)
mas aquela maquinaria, aqueles fios todos ajudam a salvar a gente. (E 7)	após o tratamento, bem depois, uma pes-soa já se sente mais ou menos (E 25)
fez-me vários, vários... 4 ou 5 electrocardiogramas, (E 12)	é uma coisa boa uma pessoa comer uma dieta (E 28)

Os **Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas Negativas** revelaram-se nas seguintes expressões:

Ter que estar na cama custou - me muito, (E 2)	são as injecções na barriga, (E 18)
querer fazer as minhas necessidades e não puder... (E 7)	

Os **Pensamentos – Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas indeterminadas** expressas em expressões, tais como:

uma operação não é uma coisa como uma peça de ferramenta que se pega na mão e... ou se dê uma facada, ou se meta um para-fuso ou coisa assim. (E 11)	estar ali e fazer aqueles tratamentos... são diferentes, (E 15)

Subcategoria Pensamentos – Cognições relacionados com a História Pessoal (PC/ HP)

Tabela 9 – Subcategoria Pensamentos – Cognições relacionados com a História Pessoal.

Subcategoria PC/HP	*fi*	*fi%*
PC/HP^{+}	9	56,3
PC/HP^{o}	7	43,8
PC/HP^{-}	0	0,0
Total	16	100,0

Das 16 unidades de contagem relativamente aos Pensamentos – Cognições sobre a História Pessoal Positivos (PC/ HP +) representam 56,3 % e os Pensamentos – Cognições sobre a História Pessoal indeterminadas (PC/ HP °) com 43,8 %.

Os **Pensamentos – Cognições sobre a História Pessoal Positivos** resumem-se nas seguintes expressões:

como já ajudei tanto as minhas filhas tenho a certeza que elas fariam tudo por mim. (E 15)	deram-me um apoio espectacular (E 22)
Sentimentos... que gosto muito dos meus filhos, (E 22)	Ele já me fez dois milagres... (E 6)
sou muito católico, sou crente em todos os discípulos de Jesus, (E 13)	

Os **Pensamentos – Cognições sobre a História Pessoal indeterminadas** referidas em expressões como:

sempre pensei na minha neta, nos meus filhos... sobre eles, a minha casa, o meu tio, a minha sogra, a minha mulher... (E 22)	nunca pensei na minha vida profissional (E 22)
Pensava na minha filha, no meu marido, na minha família, (E 24)	

Categoria Reacções

(R)

Nesta categoria emergem várias subcategorias conforme se representa na tabela 10.

Subcategorias emergentes

Tabela 10 – Subcategorias emergentes da categoria Reacções.

Reacções (R) **Subcategorias emergentes**	*fi*	*fi%*
R/Doença	112	59,9
R/Intervenções Terapêuticas	22	11,8
R/Equipa de Saúde	20	10,7
R/Instituição	17	9,1
R/Família	8	4,3
R/História Pessoal	8	4,3
Total	187	100,0

De um total de 187 unidades de contagem, revelou-se como dominante as subcategorias Reacções relacionadas com a Doença (R/ D) com 59,9 % , seguindo-se Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas (R/ IT) com 11,8 % , Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde (R/ ES) com 10,7% , Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados (R/ I) com 9,1 %. Seguiram-se as subcategorias Reacções relacionadas com a Família (R/ F) e Reacções relacionadas com a História Pessoal (R/ HP) com 4,3 % cada uma delas.

Subcategoria Reacções relacionadas com a Doença (R/ D)

Tabela 11 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Doença.

Subcategoria R/D	*fi*	*fi%*
R/D^{+}	52	46,4
R/D^{-}	42	37,5
R/D^{o}	18	16,1
Total	112	100,0

De um total de 112 unidades de contagem, 46,4 % correspondem às Reacções relacionadas com a Doença Positivas (R/ D +), seguindo-se as Reacções relacionadas com a Doença Negativas (R/ D -) e indeterminadas (R/ D °) respectivamente com 37,5 % e 16,1 %.

As **Reacções relacionadas com a Doença Positivas** caracterizaram-se em expressões, tais como:

Mas não deprimi, (E 3)	Eu não queria morrer, (E 15)
tive a preocupação de falar com a médica se o Enfarte seria grande ou leve (E 3)	mas estava sempre, sempre com aquela esperança, é sempre a última coisa (E 16)
só me entregava a Deus... (E 4)	Não me preocupei com o Enfarte (E 23)
acalmei-me... (E 6)	Porque o que eu queria era viver, (E 24)
Tive fases que estive eufórico, (E 9)	naquele momento de aflição rogo a todos os santos... pode ser que algum ouça (E 25)
ia-me preparando... (E 10)	Não tinha medos nenhuns, (E 26)
aceitei tudo de boa vontade o que me tinham dado (E 11)	nem me preocupei mais... (E 28)
mas Deus que fizesse o que quisesse que eu já não me importava nada... (E 13)	Senti-me calmo, (E 30)
a gente diz que quer morrer, mas naquela altura com aquela aflição ninguém diz que quer morrer, eu pelo já menos. (E 15)	nunca me enervei, (E 30)

As **Reacções relacionadas com a Doença Negativas** traduziram-se em expressões, tais como:

as enfermeiras até dizem que eu falo muito, que não descanso. (E 1)	é uma aflição, (E 15)
é uma tristeza, (E 2)	que estavam doidos porque eu nunca tinha sofrido do coração, (E 15)
a senhora Enfermeira perguntava- me: "Está melhor?" e eu respondia: estou, mas eu não estava, eu é que dizia assim ...(E 4)	o que mais me custou foi o terem-me dito o que me tinha acontecido. (E 20)
só na primeira noite não consegui dormir nada... as preocupações, as máquinas, (E 4)	Infelizmente na família já tive dois casos... (E 22)
Lá tive muito medo de morrer. (E 6)	às vezes estava um bocado em baixo (E 23)
Pensei logo o pior... (E 6)	talvez não gostasse de saber muito também. (E 25)
fiquei um bocado acobardado, (E 9)	sentia-me enervado... (E 25)
senti-me ansioso, (E 10)	estava triste. (E 27)
só me apetecia fugir lá para fora, (E 15)	

As **Reacções relacionadas com a Doença indeterminadas** revelaram-se em algumas das seguintes expressões:

entreguei-me aos meus santos, ao São Simãozinho, (E 6)	ia perguntando algumas coisas (E 23)
a vida passa pela cabeça como um filme... (E 8)	eu chegava a dizer aos médicos "eu não tenho nada" (E 24)
Um Sr. Dr. Estava a explicar que o enfarte é uma das principais causas de morte, mas eu não reagi, (E 12)	vinham-me fazer um exame (...) nem que me mintam, mas a minha preocupação era "mas as tensões estão bem?" (E 24)
eu pedia a Deus, ainda hoje peço que me deixasse chegar até aos2000... (E 13)	Quando dizem o nome, ainda por cima, "pronto agora vou", uma pessoa se é católica é capaz de pedir a todos os santos (E 25)
só pedia a Deus que me ajudasse a passar aquela aflição tão grande que eu tinha (E 15)	

Subcategoria Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas (R/ IT)

Tabela 12 – Subcategoria Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas.

Subcategoria R/IT	*fi*	*fi%*
R/IT^-	16	72,7
R/IT^+	6	27,3
R/IT^o	0	0,0
Total	22	100,0

De um total de 22 unidades de contagem, as Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas Negativas (R/ IT -) representam 72,7 % e as Intervenções Terapêuticas Positivas (R/ IT +) com 27,3 %.

As **Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas Negativas** revelaram-se em expressões, tais como:

O que mais me custou foi aquele exame na máquina, quando me picaram aqui na virilha.. (E 8)	elas é que me lavavam e isso mexia- me com os nervos. (E 19)
porque eu não faço xi-xi sentada, (E 15)	Posições que a gente tem o hábito de as ter, é uma vez na vida, quando a gente está doente, é o caso... (E 29)
(estar a tomar banho na cama, de comer na cama, de estar preso) Fiquei assim um bocado... (E 17)	

As **Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas Positivas** resumem-se a algumas das seguintes afirmações:

aquele aparelho... há dias tiraram-mo, só sabia que se chamava eléctrodos, (...) eu fiquei todo contente, (E 21)	"Sim, senhor doutor, eu assino, eu quero é ser sarado". (E 26)

Subcategoria Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde (R/ ES)

Tabela 13 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde.

Subcategoria R/ES	*fi*	*fi%*
R/ES^{+}	18	90,0
R/ES^{-}	2	10,0
R/ES^{o}	0	0,0
Total	20	100,0

De um total de 20 unidades de contagem, as Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde Positivas (R/ ES +) e Negativas (R/ ES -) possuem respectivamente 90,0 % e 10,0 %.

As **Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde Positivas** exprimem-se em afirmações, tais como:

estava na mão deles, podia esta descansado. (E 11)	"mas esteja descansado que a vigilância continua", eu fiquei bem. (E 21)

As **Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde Negativas** traduziram-se nas seguintes expressões:

mas às vezes os médicos podiam-se aborrecer e era isso que me custava... (E 23)	Tinha uma certa relutância de lhes perguntar, (E 23)

Subcategoria Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados

(R/ I)

Tabela 14 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados.

Subcategoria R/I	*fi*	*fi%*
R/I^{+}	10	58,8
R/I^{-}	7	41,2
R/I^{o}	0	0,0
Total	17	100,0

Num total de 17 unidades de contagem, verificou-se o predomínio das Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Positivas (R/ I +) com 58,8 % , apresentando as Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Negativas (R/ I -) com 41,2 %.

As **Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Positivas** traduziram-se em algumas das seguintes expressões:

uma pessoa está mais descansada, (E 15)	O que mais gostei foi do ambiente que se vive ali (E 20)
eu da cama via-os (E 19)	eu confiava sempre que num serviço hospitalar (E 23)

As **Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar ou Unidade de Cuidados Negativas** expressas em afirmações, tais como:

estava a sentir o sofrimento dos outros. (E 12)	o cortinado todo corrido, afligia-me aquilo. (E 19)

Subcategoria Reacções relacionadas com a Família (R/ F)

Tabela 15 – Subcategoria Reacções relacionadas com a Família

Subcategoria R/F	*fi*	*fi%*
R/F^-	5	62,5
R/F^+	2	25,0
R/F^o	1	12,5
Total	8	100,0

Num total de 8 unidades de contagem, verificou-se que as Reacções relacionadas com a Família Negativas (R/ F -) representam 62,5 % , as Reacções relacionadas com a Família Positivas (R/ F +) com 25,0 % e indeterminadas (R/ F °) representando 12,5 %.

As **Reacções relacionadas com a Família Negativas** revelaram-se nas seguintes afirmações:

tive muita pena do meu marido, (E 6)	tive muita pena das minhas filhas, dos meus netinhos... (E 6)

As **Reacções relacionadas com a Família Positivas** exprimiram-se nas seguintes afirmações:

as decisões deixo-as pr'ós outros, não é isso que me preocupa. (E 11)	eu só lhes dizia que não se preocupassem que eu estava bem, (E 24)

Subcategoria Reacções relacionadas com a História Pessoal (R/ HP)

Tabela 16 – Subcategoria Reacções relacionadas com a História Pessoal.

Subcategoria R/HP	*fi*	*fi%*
R/HP^{+}	6	75,0
R/HP^{-}	2	25,0
R/HP^{o}	0	0,0
Total	8	100,0

Num total de 8 unidades de contagem, as Reacções relacionadas com a História Pessoal Positivas (R/ HP +) e as Negativas (R/ HP -) apresentaram respectivamente 75,0 % e 25,0 %.

As **Reacções relacionadas com a História Pessoal Positivas** revelaram-se em expressões, tais como:

Eu desde sempre fui uma pessoa optimista (E 11)	que eu tenho esta força de viver (E 19)
Sou muito paciente (E 11)	

As **Reacções relacionadas com a História Pessoal Negativas** resumiu-se na seguinte expressão:

Vivo com a minha mulher e todos os Domingos vou ao Monte da Virgem e tomamos um galãozinho e umas torradinhas, não fazendo isso para ela já não é Domingo. (...) custou-me muito não lhe puder satisfazer essa vontade... (E 16)

Categoria Sensações Corporais

(SC)

Tabela 17 – Categoria Sensações Corporais.

Categoria Sensações Corporais	*fi*	*fi%*
SC^+	40	51,3
SC^-	38	48,7
Total	78	100,0

Num total de 78 unidades de contagem, as Sensações Corporais Positivas (SC +) e Negativas (SC -) apresentam respectivamente 51,3 % e 48,7 %.

As **Sensações Corporais Positivas** exprimiram-se em expressões, tais como:

não me custa falar, (E 1)	passou a dor, (E 13)
já estava consciente. (E 3)	nunca mais senti enjoos. (E 19)
eu fui-me sentindo melhor (E 6)	A dor começou a abrandar (E 23)
nunca mais senti nada. (E 9)	

As **Sensações Corporais Negativas** revelaram-se em expressões, como, por exemplo:

pouca força. (E 2)	parecia que via assim a morte a cercar- me, (E 27)
mal via, (E 13)	Era dor dentro do coração mesmo, (E 28)
um mal-estar devido aquela dor que dá, (E 15)	Começa a doer as costelas (E 29)
mas não podia com cheiros nenhuns, (E 19)	doía o corpo todo... (E 29)

Categoria Informação sobre a Doença
(ID)

Esta categoria apresentando 33 unidades de contagem, exprimiu-se em afirmações, tais como:

Uma enfermeira falou comigo e perguntou-me: "A senhora tem consciência porque veio para aqui..", disse tudo, (E 3)	Este, segundo o cardiologista, é o terceiro, (E 18)
Os médicos tinham-me dito que tinha tido um En... (E 6)	ele disse assim: "isso vai-lhe já passar". (E 19)
As enfermeiras disseram-me que tivesse cuidadinho... "o senhor teve um Enfarte"... (E 7)	"já estou melhor?" e ela disse-me: "o senhor é o doente aqui na enfermaria com a situação mais estável, de maneira que lhe vamos tirar isto, mas esteja descansado que a vigilância vai continuar, de vez em quando venho aqui". (E 21)
disseram-me que retiraram alguns coágulos e me dilataram uma artéria (E 10)	não durmo lá assim muito bem, apesar de tomar comprimidos naturalmente para dormir, (E 21)
Já sabia como era (E 10)	Do enfarte não percebi... (E 23)
nem tudo explicavam, claro as coisas são assim, (E 11)	eles diziam "viu o programa de ontem à noite? (...) "é o mesmo que está a acontecer com a senhora nós vamos fazer...". (E 24)
fiquei sabendo que depois um médico me disse que era uma artéria entupida no coração (E 11)	Não me explicaram grande coisa, (E 25)
lá me disseram que tinha tido um Enfarte... um ataque no coração (E 13)	disse-me que não tinha grande problema comigo, (E 29)
não estava bem dentro destas coisas. (E 17)	

Categoria Intervenções Terapêuticas
(IT)

Esta categoria num total de 16 unidades de contagem, exprimiu-se em referências, tais como:

continuaram-me a medicar (E 9)	A enfermeira veio dar-me uma injecção (E 19)
fizeram-me o cateterismo cardíaco, (E 10)	picaram-me não sei quantas vezes (E 23)
depois meteram-me nas máquinas. (E 13)	tornaram-me a dar, outra transfusão de sangue, (E 23)
Proibiram-me de ir ao quarto de banho, de andar a pé. (E 13)	

Categoria Atribuição Causal da Doença
(ACD)

Nesta categoria e, de um total de 13 unidades de contagem, evidenciaram-se as seguintes expressões:

Estes problemas não me deixavam sossegar...(E 4)	"é o tabaco, ou o stress que tenho tido, o tal stress, dizem, (E 22)

4 ° MOMENTO – Internamento na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

As categorias emergentes neste momento, que para além das vivências experiênciadas durante o internamento na Unidade Coronária incluí também as perspectivas relacionadas com a alta hospitalar e as implicações da doença na vida futura dos doentes, distribuem-se conforme se apresenta na tabela 18.

Tabela 18 – Categorias emergentes relativas ao 4° momento.

Categorias emergentes no 4° momento	*fi*	*fi%*
Pensamentos e Cognições	162	56,1
Reacções	72	24,9
Sensações Corporais	20	6,9
Atribuição Causal da Doença	16	5,5
Informação sobre a Doença	11	3,8
Intervenções Terapêuticas	8	2,8
Total	289	100,0

De um total de 289 unidades de contagem, evidenciaram-se de forma particular, a categoria Pensamentos – Cognições (PC) com 162 unidades de contagem representando 56,1 % face ao total das categorias e a categoria Reacções (R) com 72 unidades de contagem, representando 24,9 % do total das categorias relativas a este momento.

Com base nos dados da grelha geral de análise (anexo VII), verifica-se que relativamente à categoria Pensamentos e Cognições, a subcategoria Pensamentos e Cognições sobre a Doença (PC/ D) é predominante, possuindo 110 unidades de contagem e representando 67,9 % do total da categoria.

Na categoria Reacções, evidencia-se a subcategoria Reacções relacionadas com a Doença (R/ D) com 59 unidades de contagem e representando 81,9 % do total da categoria.

Subcategoria Pensamentos – Cognições sobre a Doença (PC/ D)

Dentro desta subcategoria, são ainda relevantes os Pensamentos – Cognições sobre a Doença Negativos (PC/ D -) com 49 unidades de contagem representando 44,5 % do total da subcategoria e os Pensamentos – Cognições sobre a Doença Positivos (PC/ D +) com 35 unidades de contagem representando 31,8 % do total da subcategoria.

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Doença Negativos** revelaram-se em expressões, tais como:

As minhas filhas vão tomar conta de mim, (E 1)	estou a pensar... não sei como vai ser... (E 14)
Acho que não vou mais trabalhar, (E 2)	acho que não posso mais trabalhar, (E 15)
tinha muita coisa para fazer, mas não vejo como... (E 2)	vai ser uma vida muito triste (E 15)
Não sei como resolver isto, (E 3)	eu penso que o gostava muito de fazer já nunca mais vou puder... (E 24)
não posso subir as minhas escadas (E 3)	até esforços que eu vou fazer e não posso... (E 24)
não sei como será a minha vida... (E 4)	já não posso fazer nada, fazer força, já canso... (E 28)
andava sempre a girar e agora o que mais me iria custar era ver o terreno a monte. (E 7)	pode dar ainda outro enfarte, já me deu o segundo (E 28)
a senhora sabe, desde que a minha mulher morreu, eu é que faço tudo... não sei como vai ser... (E 8)	morreram dois dos meus vizinhos que estavam sempre sentados na mesma cadeira, andavam 50 metros, tinham que parar, morreram já, tiveram um enfarte também... (E 28)
agora cada vez mais traz mais problemas, as crises são assim (E 11)	

Os **Pensamentos – Cognições sobre a Doença Positivos** traduziram-se em expressões, como, por exemplo:

Tenho um colega meu que foi operado ao coração e hoje anda porreirinho também, (E 5)	Agora sei que se vier a tempo e horas pode ser resolvido. (E 17)
mesmo que pudesse não podia continuar a trabalhar tanto... (E 6)	o homem tem mais força que o vício, (E 22)
se viver mais uns anitos é tudo, é tudo lucro... (E 9)	uma pessoa só sente deficiente quando a cabeça deixa de pensar...(E 22)
acho que não vou ter problemas (E 11)	Já há dois senhores lá ao meu lado da minha terra, que tiveram enfartes, já foram operados e andam lá até ver (E 26)
estou com a ideia de arranjar ainda uma companheira, (E 13)	estou convencida que vou depressa embora (E 27)
As filhas dizem que vai correr tudo muito bem, "a senhora vai dar de manhã um passeiozinho, vem para casa e depois volta a sair", (E 15)	se saísse hoje até ia contente... (E 28)
sei que tenho que andar vigiado (E 17)	estou praticamente limpo, (E 30)

Subcategoria Reacções relacionadas com a Doença (R/ D)

De um total de 72 unidades de contagem correspondentes a esta subcategoria (R/ D) evidenciámos as Reacções relacionadas com a Doença Positivas (R/ D +) representando 62,7 % , seguindo-se as Reacções relacionadas com a Doença Negativas (R/ D -) com 18,6 %.

As **Reacções relacionadas com a Doença Positivas** expressaram-se nas seguintes afirmações:

vou dar uma volta à casa, ao quintal (E 1)	vou ter o máximo de cuidado comigo (E 24)
sou capaz de ir até à fábrica, falar com os colegas...(E 2)	mas ao mesmo tempo tenho uma fé muito grande (E 24)
mas não estou preocupada. (E 3)	não vou abusar que eu gostava de trabalhar

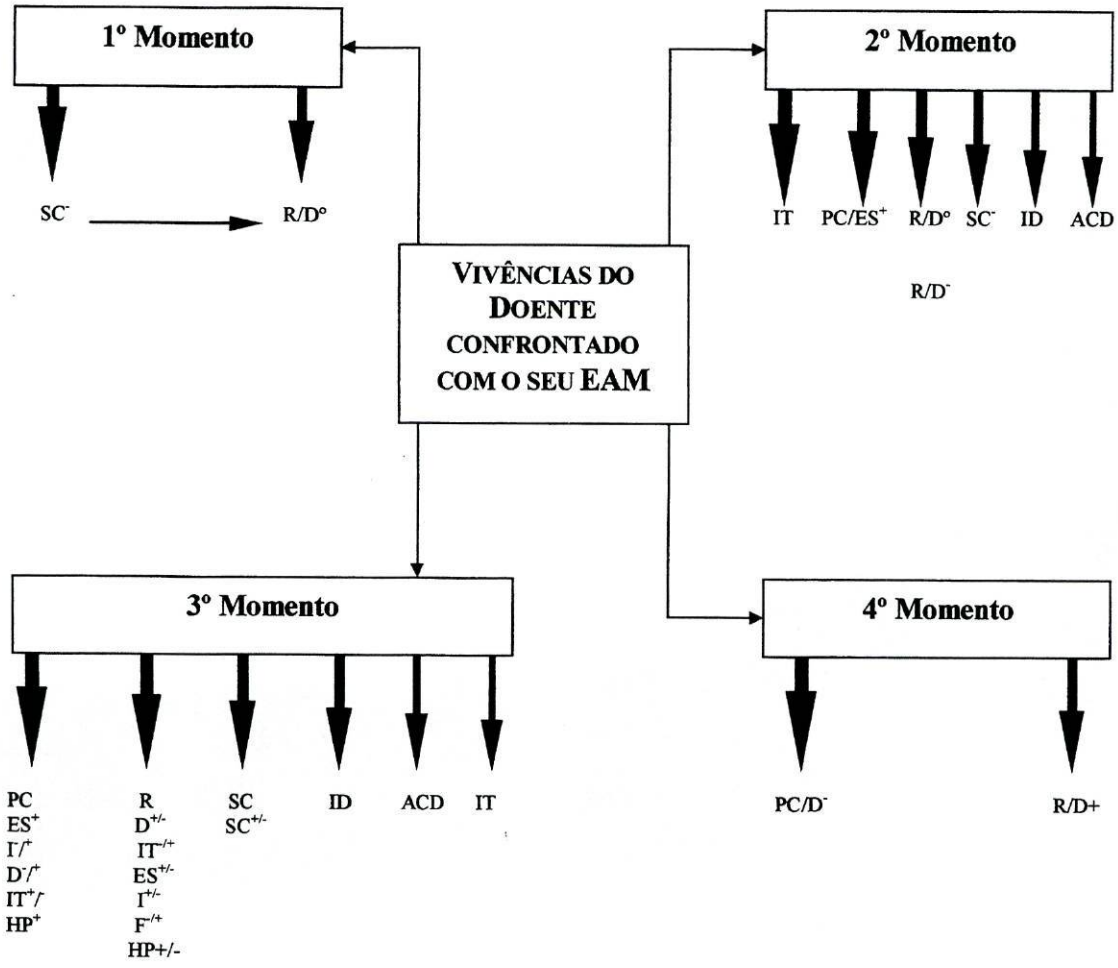
	em quintal, em jardim, em tudo, em andar de gostava de trabalhar para ajudar a família, (E 28)
tenho de preocupar mais comigo. (E 3)	vou ajudar a minha senhora... (E 28)
eu também fumo tenho ideia de não pegar mais em cigarros, (E 5)	não comer salgado como comia, (E 29)
vou bordar alguma coisinha... mas nada como antes. (E 6)	tenho que ter cuidado agora, (E 30)
mas agora tenho que cumprir as ordens dos médicos e enfermeiras. (E 7)	não fazer serviço puxado. (E 30)
vou ter de falar com o médico de família... (E 14)	

As **Reacções relacionadas com a Doença Negativas** caracterizaram-se em algumas das seguintes expressões:

tenho medo... (E 2)	ir pr'á cama, (E 15)
Não vou sair de sair de casa. (E 2)	O caixão... pra quando eu morrer ir para a cova. (E 28)
O ânimo foi um bocado queria ir para um sítio onde ninguém me visse... (E 4)	

5.8 Discussão dos Resultados

Pretendeu-se efectuar uma análise interpretativa baseada nos dados anteriormente apresentados, esquematizando-se as vivências do doente confrontado com o seu EAM conforme se ilustra na figura 1, percorrendo-se assim a **segunda etapa** proposta por Spiegelberg (1976), olhando-se vários momentos desta experiência particular.



Verificou-se que, na sua generalidade, o doente reteve desta sua experiência de doença vivências marcantes, por isso valorizadas e recordadas, que vão surgindo nas narrativas de forma dispersa, contudo focalizadas em quatro momentos.

No **1º momento**, relacionado com a história de saúde anterior ao EAM e com o aparecimento dos primeiros sintomas desta doença, as **sensações**

corporais negativas revelaram-se de forma marcante. Estas foram expressas de formas diversas, traduzindo sintomas físicos característicos do quadro clínico de EAM: dor intensa pré-cordial com ou sem irradiação, suores frios abundantes, tonturas, sensação de cansaço, perda de consciência, dificuldade respiratória e um mal-estar indefinido e indiscritível.

Face a estes sintomas com graus de intensidade e tempo de duração variáveis, foram desenvolvidos vários tipos de **reacções**: deitar; sentar; apertar o peito; ir de um lado para o outro; chorar; aguardar; auto-medicação; ingestão de uma bebida (sumo, leite, água, chã); fumar; procura de ajuda da família, de amigos, de vizinhos e por último a ajuda médica.

A emergência de tantas reacções indeterminadas apresenta-se como uma forma de reagir às sensações corporais negativas intensas, certamente com o intuito de interpretar os sintomas e procurar um alívio deles.

A procura de interpretação dos sintomas como sustenta Leventhal, ou a utilização de estratégias previamente utilizadas noutras situações de mal-estar, tornam-se agora inadequadas e ineficazes como fumar, beber um sumo, água, leite, deitar-se.

Através desse tipo de reacções indeterminadas verificamos o primeiro passo que as pessoas dão na tentativa de resolver os seus problemas e que é sentido pela maioria delas. Esta constatação vai ao encontro da teoria de Caplan em que só após o insucesso constatado é que o ser humano vai modificar as estratégias, ou por outro lado desintegrar-se psicologicamente ao reconhecer a sua ineficácia..

No caso concreto de situações médicas urgentes este mecanismo de coping que de alguma forma tem implícito uma negação em vez de funcionar como um ganhar de tempo benéfico para a pessoa se adaptar à crise pode pôr em risco a sua vida.

A procura de ajuda, nomeadamente familiar e médica, nem sempre foi imediata. No primeiro caso, para não preocupar a família "não queria que as filhas soubessem e ficassem aflitas e assim não queria (E1)" e no segundo caso

devido à falta de conhecimentos e de percepção de que se tratava de um EAM, "nunca me ocorreu a ideia do coração (E23)", "não me ia apresentar sem ter uma justificação (E11)". Em alguns casos os sintomas não foram valorizados ou foram atribuídos a outros problemas de saúde, "julguei que fosse uma dor na coluna (E23)", "julguei que fosse qualquer coisa do estômago (E21)".

Esta demora na procura de ajuda médica também se verificou em alguns doentes com história anterior de Angina de Peito e de Diabetes Mellitus, apesar de estarem prevenidos do risco potencial de EAM "Nunca me lembrei de enfartes, apesar do médico ter dito que os Diabetes atacam o coração (E23)", "pensei que botava as pastilhas, que desentupia as veias (E28)".

Estes factos confirmam os estudos desenvolvidos por Olin e Hackett (referidos por Gentry e Williams, 1975: p. 56) "verificaram que os doentes admitidos numa Unidade Coronária tinham experimentado anteriormente alguns sintomas como dores agudas no peito, durante a fase pré-admissão da sua doença. No entanto, eles também verificaram que a maioria atribuía os sintomas a outras causas". A demora na procura ajuda médica também foi constatada num estudo realizado por Hackett e Cassem, referido por Gentry e Williams (1975), tendo-se verificado uma relação significativa entre a atribuição dos sintomas a qualquer outro tipo de doença e demora na procura de ajuda médica. Assim, os doentes que perceberam que tinham algo de grave no seu coração procuravam mais rapidamente ajuda médica, do que os doentes que atribuíram os sintomas a outras causas.

Olin e Hackett, referidos ainda por Gentry e Williams (1975), verificaram que a negação é um dos mecanismos de defesa que influenciava a demora na procura de ajuda, tendo verificado dois níveis de negação: "negação mínima" e "negação máxima". Os doentes que evidenciavam uma "negação mínima" reconheceram que se tratava de um problema cardíaco e não foi necessário que os familiares os forçassem a recorrer ao hospital. Pelo contrário, os que evidenciavam uma "negação máxima", acreditavam que o seu problema estava relacionado com outros problemas de saúde, revelando uma tendência para excluir a possibilidade de recorrer ao hospital, tendo sido necessário que alguém os tenha obrigado.

No **2º momento**, caracterizado pela procura de ajuda médica e pelo atendimento no Centro de Saúde, Clínica ou Serviço de Urgência Hospitalar,

foram especialmente significantes o conjunto de **Intervenções Terapêuticas** implementadas, desde as medidas técnico-instrumentais de diagnóstico e tratamento, às decisões médicas relativamente à transferência para outros hospitais ou ao internamento nas Unidades Coronárias, "deram-me umas injecções (E6)", "sei que me levaram para uma sala de ressuscitação e me reanimaram (E10)", "cheguei ao HSJ e fizeram-me uns exames (E20)".

Os **Pensamentos e Cognições sobre a Equipa de Saúde** constituíram-se como vivências significantes, sendo particularmente valorizada de forma positiva a atenção prestada pela equipa médica e de enfermagem.

As **Reacções face à doença** neste momento traduziram-se pela decisão e procura de ajuda médica face a sensações corporais que se constituíram neste momento como uma vivência particularmente negativa, expressando um aumento de intensidade da dor e agravamento do estado geral "cada vez me sentia pior (E10)", "a dor assanhava mais (E26)". Face à percepção ou ao diagnóstico de EAM é feito no Serviço de Urgência, verificaram-se atitudes de negação, pânico e aceitação da situação.

As reacções face à doença neste 2° momento, apesar de com um predomínio de indeterminadas começam a surgir também como positivas ou negativas, não havendo grandes diferenças nas 3 sub-categorias. Assim constatamos de acordo com os modelos expostos um encaminhamento para um coping positivo (dirigido à procura de ajuda médica) e um coping negativo com uma desintegração do equilíbrio emocional.

A **Informação sobre a Doença** incluiu toda a informação sobre a doença, medidas terapêuticas necessárias e prognóstico, transmitida pelo médico ao doente e seus familiares.

A percepção e a comunicação médica do diagnóstico de EAM, constituiu uma vivência marcante traduzida por pensamentos e cognições: "pensei que ia morrer (E1)" e reacções diversas: "fiquei em pânico (E1)", "não me assustei muito (E16)", "não estava bem ciente (E17)". Verificou-se pois a singularidade do pensar e do agir face a uma notícia que se revelou ameaçadora, explicada por Moos (1986) e Fife (1994) pela presença de factores inerentes à própria pessoa, pela capacidade de *Coping* individual enquadrada nos Modelos de doença como crise, no Modelo Teórico de Stress de Spielberger (1972) e na Teoria de

Aprendizagem Pessoal de Rotter (1964) na qual se evidencia o papel do Locus de Controlo na resposta a situações diversas, nomeadamente a doença.

Verificou-se ainda em alguns casos a existência da negação, descrito por Kübler Ross (1975). Para a autora a negação é um mecanismo de defesa que permitirá que a pessoa organize todo um processo adaptativo à doença, quando esta é percepcionada como uma ameaça à vida a curto ou médio prazo.

No **3º momento**, correspondente ao internamento na Unidade Coronária. Nesta fase, tendo passado já o principal desconforto do momento do enfarte surgem os pensamentos e cognições a ocupar a maior parte das verbalizações dos entrevistados. Foram particularmente relevantes as vivências relacionadas com a Equipa de Saúde, expressas em **Pensamentos e Cognições Positivas** sobre a mesma, pois foi através da equipe que a dor passou, que as sensações corporais negativas diminuiram e que a sensação de terem sobrevivido surge.

Na actuação da equipa de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, foram especialmente realçadas a componente relacional, a componente técnico-científica e a Satisfação Profissional. Relativamente à componente relacional foram enfatizados:

- Carinho
- Amizade
- Amabilidade
- Paciência
- Verdade
- Alegria/boa disposição
- Disponibilidade
- Humanidade
- Simpatia
- Companheirismo
- Apoio incondicional
- Igualdade no tratamento
- Dedicação/alma
- Preocupação pelos doentes e família
- Estímulo
- Bondade
- Proximidade física e afectiva

- Envolvimento
- Respeito pela privacidade

Na componente técnico/científica foi particularmente valorizado:

- A aplicação dos saberes teóricos e práticos.
- A prontidão na satisfação das necessidades básicas e a resolução dos problemas identificados.
- A pontualidade na execução de tarefas/procedimentos.
- Eficiência.
- Eficácia.
- Consciência profissional.
- Rentabilização dos recursos.
- Atenção e vigilância contínuas.
- Valorização e atendimento das queixas dos doentes.
- Congruência na informação transmitida pelos diversos elementos da equipa.
- Preocupação por manter o doente informado.
- Procura de adesão dos doentes ao plano terapêutico e de reabilitação.

No que se refere à componente Satisfação Profissional foram destacados a força de vontade e empenho profissional da equipa.

O doente sentiu-se, dentro da equipa de saúde, o centro de todas as atenções, conferindo-lhe sentimentos de segurança e tranquilidade. Foi ainda realçada a solidariedade e camaradagem entre os doentes.

Estes factos foram também verificados num estudo sobre "Percepções dos doentes relativamente às Enfermeiras nas Unidades Coronárias", realizado por Gentry e Williams (1975) no qual foi solicitado aos doentes uma listagem das qualidades que consideravam mais importantes e que tinham identificado nas enfermeiras que lhes tinham prestado cuidados durante o internamento na Unidade. Essas qualidades, citadas com maior frequência, foram: "alegria, competência, compreensão, eficiência, amabilidade e ternura" (Gentry e Williams, 1975: p. 88). Neste estudo foi também realçada a atenção imediata e permanente das enfermeiras. Na opinião de Gentry e Williams (1975: p. 88), "a

competência estimula o sentimento de segurança nos doentes e pode constituir por si só uma fonte de segurança".

A consideração positiva relativamente à Equipa de Saúde verificada neste nosso estudo foi também constatada por Gentry e Williams (1975: p. 142), "os doentes respondem positivamente à equipa da Unidade Coronária assim como ao equipamento. Eles tendem a encarar o médico e o enfermeiro como sendo omnipotentes. Se esta atitude positiva for acompanhada de apoio psicológico, pode ser convertida num instrumento de confiança, realisticamente poderoso".

Apesar da prevalência das considerações positivas relativamente à equipa de saúde, houve no entanto algumas referências negativas expressas por alguns doentes expressas em falta de informação e solidão/abandono.

Prosseguindo a descrição numa linha decrescente em termos de relevância para o doente, surgiram ainda neste momento os **Pensamentos e Cognições sobre a Instituição e Unidade Coronária**, salientando-se as perspectivas negativas face às mesmas, sendo referidas:

- Restrições do tempo e número de visitas;
- Não autorização da permanência de um familiar;
- O ambiente físico, indutor da sensação de estranheza, isolamento e clausura;
- Excessiva estimulação existente devido à presença das luzes, alarmes vários e toques de campainha;
- Espaço restrito e exíguo de cada unidade do doente, isto é, do espaço que o rodeia;
- Tipo de distribuição dos doentes na Unidade inadequada, permitindo que se assistisse ao sofrimento dos restantes doentes;
- Intervalo das refeições inadequado.

Foi contudo referido como positivo relativamente à Unidade:

- A segurança, relacionada com a existência de meios para uma actuação imediata, se necessário;
- As condições de higiene existentes.

Nos **Pensamentos e Cognições sobre a Doença**, foram os pensamentos negativos dominantes, focalizados na morte. Contrapondo-se a esta situação, os

pensamentos e cognições positivos revelaram que alguns doentes têm uma percepção optimista face ao presente e ao futuro, "é preciso levantar a moral pr'a cima... é muito importante para quem tem uma doença cardíaca (E14)"; "pensei: estou aqui pr'a curar-me (E30)".

Os **Pensamentos e Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas**, enquanto procedimentos de vigilância e tratamento foram fundamentalmente valorizados de forma positiva e, por conseguinte, consideradas benéficas. Foram destacadas: a avaliação das tensões arteriais, o cateterismo cardíaco, a dieta, a oxigenoterapia e a monitorização electrocardiográfica.

Estes dados coincidem com estudos realizados por Gentry e Williams (1975), no qual os doentes encaravam as intervenções de forma positiva e relativamente ao monitor cardíaco viam-no como "um anjo da guarda mecânico" por constituir um instrumento de vigilância permanente, alertando para as alterações de ritmo cardíaco. Para estes autores "o doente possui, de uma maneira geral, a capacidade de se concentrar nos benefícios recebidos de um determinado instrumento e minimizar os aspectos mais negativos, particularmente se ele não causar dor" (Gentry e Williams, 1075: p. 142).

Foram, no entanto, consideradas como particularmente negativas o repouso no leito e consequente satisfação das necessidades de eliminação com o recurso a aparadeira ou urinol, que se repercutem ainda numa falta de privacidade e dependência nada desejável à recuperação.

De entre os Pensamentos e Cognições, surgiram, embora de forma menos significativa, os Pensamentos e Cognições sobre a sua História Pessoal.

Nos **Pensamentos e Cognições sobre a História Pessoal**, realçaram-se a crença e uma prática religiosa considerada como fonte de conforto moral, esperança e de salvação. A família foi também recordada e, em alguns casos, a sua recordação ajudou-os a ultrapassar os momentos mais difíceis. Foram ainda referidos pensamentos sobre todo um percurso de vida, "Lembrei-me de tudo desde pequenino (E8)".

A actividade profissional e todos os aspectos com ela relacionada, não se revelou como uma preocupação, neste momento, para o doente. Este praticamente ausente e apenas referido por um doente, "nunca pensei na minha vida profissional (E22)".

As **Reacções** foram o 2° grande grupo de vivências mais significativas neste 3° momento.

As **Reacções em relação à Doença** foram dominantes. Traduzindo as Reacções positivas um estilo de percepção de controlo sobre a mesma do tipo de espírito e luta e simultaneamente de controlo comportamental, procurando reduzir o impacto da doença "ia-me preparando (E10)", "eu senti foi enfrentar o que viesse porque não havia alternativa (E11)", "nunca me atrapalhei (E11)", "acalmei-me (E6)".

É também evidente a negociação descrita por Kübler Ross (1975), considerada como mecanismo de defesa que neste momento diminui a tensão provocada pela doença, "mas Deus que fizesse o que quisesse que eu já não me importava nada (E13)", "naquele momento de aflição rogo a todos os santos... pode ser que algum ouça (E25)".

As reacções negativas face a este acontecimento e neste momento traduziram-se por: inquietação, tristeza por vezes profunda, medo de morrer, momentos de depressão, fuga/ evitamento face à realidade. Foram identificados dois estilos de percepção de controlo pessoal: o estilo de evitamento/negação e o estilo de preocupação ansiosa. Os estilos de evitamento/negação "só me apetecia fugir lá para fora (E15)", "a senhora enfermeira perguntava-me: está melhor, e eu respondia: estou, mas eu não estava, eu é que dizia assim (E4)", "talvez não gostasse de saber muito também (E25)".

O estilo da preocupação ansiosa revelou-se em expressões, tais como: "tinha medo de qualquer coisa, não sabia o que era (E25)", "senti é uma grande aflição (E13)", "senti uma paixão muito grande (E27)".

As **Reacções relacionadas com as Intervenções Terapêuticas** constituíram-se como uma vivência negativa e estando fundamentalmente relacionadas com os procedimentos invasivos do cataterismo cardíaco quando estes provocaram dor e com o repouso absoluto no leito. O repouso no leito, associado a monitorização cardíaca, causou desconforto físico, por vezes dificilmente suportável, assim como condicionou a liberdade de movimentos e a independência na satisfação das necessidades básicas.

As reacções positivas face às Intervenções Terapêuticas resumiram-se à suspensão da monitorização cardíaca, não só pelo seu significado em termos de prognóstico como pela possibilidade de se poder movimentar no leito e de um restabelecimento progressivo do auto-cuidado.

A proposta médica para a realização do cateterismo cardíaco e consequente consentimento informado do doente, constitui também uma vivência positiva neste domínio.

As **Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde** foram essencialmente positivas. A actuação da equipa predispunha a que os doentes reagissem com confiança, tranquilidade e se sentissem seguros. Ser informado, manter-se informado, foi considerado necessário, gratificante e tranquilizador. As reacções negativas traduziram-se em retraimentos, pouco à vontade para interpelar a equipa de saúde, especialmente os médicos sobre a doença e sua evolução assim como em expor os seus problemas, dúvidas e expectativas.

Relativamente à **Instituição Hospitar** e à **Unidade de Cuidados**, as **Reacções** foram predominantemente positivas. A sua estrutura, os seus recursos e organização funcional incutiram segurança e confiança. Contudo, alguns doentes reagiram de forma negativa devido à proximidade física entre os doentes, apercebendo-se por isso do sofrimento dos outros doentes e por se sentirem num ambiente fechado e confinado.

As **Reacções relacionadas com a Família** expressaram-se de forma negativa e traduzindo-se em saudades pela sua ausência, pela preocupação e percepção do doente do sofrimento psicológico que a sua doença lhes estaria a causar. As reacções positivas traduziram-se na postura dos doentes, procurando estimular a família e incentivando-a a prosseguir dentro da normalidade possível o seu viver quotidiano.

De entre as **Reacções relacionadas com a História Pessoal**, foram essencialmente valorizadas de forma positiva atitudes de optimismo, de paciência, força de viver e ter uma crença ou fé. Estas características e qualidades presentes e desenvolvidas durante toda uma história de vida, foram consideradas importantes para enfrentar situações difíceis como a doença.

As **Sensações Corporais** apareceram neste 3° momento como a terceira vivência mais significante. As sensações corporais positivas prevaleceram expressas pela ausência de dor e demais desconfortos físicos. A ausência de dor foi pois uma vivência altamente compensadora.

Para os doentes que apresentaram ainda episódios de dor torácica e outros desconfortos associados, esta constitui uma vivência negativa e que os marcou nesta sua fase da doença.

Relativamente à **Informação sobre a Doença**, os doentes manifestaram-se positivamente sobre a **informação clínica** transmitida sobre a sua doença; o seu estado clínico e as recomendações dadas nesta sua fase da doença.

A **Atribuição Causal da Doença** teve neste momento pouca relevância, sendo referidas como causas precipitantes de EAM: problemas sociais, o tabaco, o stress e erros alimentares.

As **Intervenções Terapêuticas** mais marcantes e por conseguinte mais referidas foram: a medicação específica para o tratamento do EAM e de outras doenças anteriores, o cateterismo cardíaco e a monitorização cardíaca e o repouso absoluto no leito.

4º momento – Internamento na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia

Este momento caracterizou-se pelo conjunto de vivências relacionadas com o retomar progressivo das actividades de vida diária, perspectiva de uma alta hospitalar e consequentes implicações futuras da doença. Destacaram-se de forma significante os Pensamentos-Cognições e Reacções sobre a Doença. Nesta fase, lentamente as informações sobre a doença começam a ser introjectadas e em repouso no leito, os pacientes repensam a situação vivida e prespectivam o futuro próximo.

Os **Pensamentos-Cognições sobre a Doença** revelaram ser predominantemente negativos, reflectindo especialmente uma percepção de incapacidade potencial para gerir a intolerância ao esforço, para manter actividade anterior, ocupar o tempo, de gerir problemas familiares e outros.

Estes dados revelaram uma baixa de percepção de controlo pessoal face à doença e à enfermidade.

Os doentes aparentemente não parecem possuir um adequado conhecimento da doença e suas limitações reais, colocando-se numa perspectiva de extrema fragilidade, submersos em muitas incertezas face ao futuro. Contudo, alguns doentes revelaram Pensamentos e Cognições face à Doença positivos, demonstrando uma elevada percepção do controlo pessoal em relação ao seu futuro.

A percepção de incapacidade para gerir a intolerância ao esforço e de manter a actividade anterior poderão explicar a Má Qualidade de Vida na área Mobilidade, verificado no estudo de Pereira (1997).

Este contexto permite confirmar a perspectiva de Benner e Wrubel (1984) de que a cura da doença poderá não significar a cura automática da enfermidade.

Apesar dos Pensamentos e Cognições sobre a Doença serem na sua maioria negativos, as reacções e perspectivas futuras relacionadas com a doença revelaram-se fundamentalmente positivas. Nalguns casos coexistem estes dois tipos de vivências, que poderá traduzir um estado de ambivalência de sentimentos ou uma predisposição para enfrentar o futuro, adoptando-se um

estilo de percepção de controlo pessoal do tipo de espírito de luta e de uma procura de controlo comportamental face ao futuro.

Estas reacções positivas manifestaram uma atitude de confiança e de expectativa, de aceitação da doença e propósitos de mudanças de hábitos e estilos de vida (alimentares, alcoólicos, consumo de tabaco). É ainda reconhecida a necessidade de vigilância médica e de cumprimento das recomendações dadas pela equipa de saúde. Dir-se-ía que está patente a 2ª fase do Modelo Transteórico do Comportamento de Prochaska e Diclemente (1982) : a **contemplação**, que se caracteriza quando a pessoa já considera a hipótese de uma mudança de comportamento que reconhece como benéfica à sua condição de saúde

As reacções negativas relacionadas com a doença revelaram indícios da existência de estados de ansiedade e depressão antecipatórios face a uma realidade futura que se lhes configurava com algumas barreiras e dificuldades. Estes estados foram também identificados por Gentry e Williams (1975), durante o acompanhamento de doentes em Unidades Coronárias, considerando que este tipo de depressão é exógena, isto é, de tipo reactivo, porque constitui uma resposta psicológica a uma perda – perda de segurança e de uma forma de vida despreocupada. Para Dudley (citado por Gentry e Williams, 1975: p. 46), "o coração pode recuperar mais rapidamente que o estado de depressão mental, o qual é com frequência uma complicação".

Estes dois tipos de reacções face à doença e ao futuro são compreensíveis quando enquadrados na Teoria da Crise de Caplan (1980) e nos possíveis desfechos da mesma. Estes dados revelaram a existência de duas realidades distintas:

- Uma em que o desfecho é francamente positivo, em que este acontecimento traumático mobilizou e pôs à prova capacidades e convicções pessoais, verificando-se uma aceitação realista da situação, e enfrentando o futuro com espírito de luta, revelando elevado controlo pessoal com um predomínio de Locus controlo interno.
- Uma outra em que o desfecho é francamente negativo, com pensamentos e reacções ambivalentes, focalizado na negação da doença ou na perda real ou aparente de capacidades, traduzidas em percepções de potenciais incapacidades, nomeadamente para gerir a intolerância ao esforço e gerir

problemas vários. Este tipo de postura é revelador de uma baixa percepção de controlo pessoal face ao futuro e revelador de um estilo de tipo fatalista e de desesperança.

VI – CAPÍTULO

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

VI – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Pretendendo-se fundamentalmente estudar as vivências dos doentes vítimas de EAM no período pós-enfarte imediato, correspondente ao internamento na Unidade Coronária, tendo-se no início de cada entrevista situado o doente neste período, constatou-se nas suas narrativas a existência de quatro momentos marcantes.

Da síntese interpretativa dos dados obtidos e concretizando-se a **terceira etapa** proposta por Spiegelberg (1976), verificou-se que a doença é um fenómeno humano complexo e dinâmico, com uma realidade própria, isto é, com um significado situado.

Cada momento teve vivências próprias, algumas com focalização interna(elaboração da experiência subjectiva) e focalização na reflexão (interpretação dos acontecimentos externos e da experiência subjectiva) e outras com uma focalização no acontecimento externo, limitando-se à descrição dos factos.

O EAM constituiu-se como um acontecimento traumático, que o doente procurou compreender e explicar, integrando-o no seu contexto de vida, isto é, na sua história de vida vivida e projectada, atribuindo significações a todas as experiências relacionadas com esta sua doença.

Assim, foram identificadas as seguintes vivências:

- **Pensamentos e Cognições** sobre a doença, a equipa de saúde, a instituição hospitalar e unidade de cuidados, as intervenções terapêuticas e a história pessoal.
- **Reacções**, traduzidas por sentimentos e comportamentos, relacionados com a doença, a equipa de saúde, a instituição hospitalar e unidade de cuidados, as intervenções terapêuticas, a família e história pessoal.
- **Sensações Corporais**, expressas em sintomas físicos da doença, em percepções de agravamento ou melhoria dos mesmos e em percepções dos diversos estímulos ao nível dos vários sentidos.

- **Informação sobre a Doença**, constituída pela **informação clínica** proporcionada pelos médicos e enfermeiros antes e durante o internamento hospitalar proporcionada ao doente e familiares da natureza da doença, tipo de EAM, situação clínica presente, prognóstico, assim como toda a informação complementar. Esta vivência inclui ainda toda a informação obtida por outros meios (comunicação social, actividade profissional, conhecimento casuístico de conhecidos, amigos e familiares), assim como a História de Saúde Anterior, constituída pela recordação dos antecedentes pessoais de saúde, doença ou mal-estar anteriores ao acontecimento de EAM e com este relacionados.
- **Atribuição Causal da Doença**, caracterizada pela reavaliação da história de vida e consequente identificação de possíveis factores precipitantes do acontecimento, traduzindo-se num controlo retrospectivo do mesmo. A atribuição causal da doença pode ser interpretada como a procura de significado da sua doença quer no modelo de Leventhal quer no modelo de Taylor.

  Taylor quando propõe o mecanismo das ilusões parte do princípio que ele actua como um mecanismo de coping eficaz e que não tem que estar desligado da realidade. Verificamos que em alguns casos uma atribuição causal da doença pressupõe um maior locus de controlo interno admitindo que a pessoa pode alterar comportamentos que provocam ou agravam esta doença. Nestes casos são muitos os modelos teóricos que ajudam a trabalhar as verbalizações dos doentes para uma mudança positiva.
- **Intervenções Terapêuticas**, vivência constituída por todos os procedimentos de diagnóstico e tratamento implementados no decurso da doença.

Este conjunto de vivências dispersaram-se pelos diferentes momentos, revelando diferenças em termos de focalização e significação.

No **1º momento**, relacionado com a história pessoal e de saúde pré-enfarte até ao aparecimento dos primeiros sintomas da doença, foram especialmente focalizadas as sensações corporais negativas.

Estas sensações corporais foram expressas em dor intensa pré-cordial acompanhada de outros sintomas, nomeadamente suores frios abundantes, tonturas, dificuldade respiratória e um mal-estar indescritível.

Esta vivência foi provavelmente a mais marcante do conjunto de vivências experienciadas pelo doente confrontado com o seu EAM. Esta inferência baseia-se no facto de se ter verificado que as sensações corporais negativas foram na sua generalidade a primeira referência dos doentes nas suas entrevistas.

Em segundo lugar foram focalizadas as reacções face a estes sintomas, significando diversos comportamentos habitualmente adoptados pelos doentes face a idênticos sintomas, na tentativa de os minimizar ou eliminar. Apesar da severidade dos sintomas, o recurso a medidas compensatórias revelou que na sua maioria os doentes não perceberam que se tratava de um EAM, por falta de informação e atribuindo-os a outros problemas de saúde. Em alguns casos, apesar de estarem prevenidos e informados, adoptaram idênticos comportamentos, revelando uma negação face ao acontecimento e que se traduziu em demora na procura de ajuda familiar e médica.

No **2º momento**, que se caracterizou pela procura de ajuda médica e pelo atendimento no Centro de Saúde, Clínica ou Serviço de Urgência, foram especialmente marcantes as seguintes vivências que se apresentarão por ordem decrescente de frequência:

- Intervenções Terapêuticas, que incluíram não só todo o conjunto de procedimentos técnicos imediatos como também as decisões médicas relacionadas com a transferência do doente para outros hospitais ou para a Unidade Coronária.
- Pensamentos e Cognições sobre a Equipa de Saúde positivas.
- Reacções face à Doença com predomínio das reacções sobre as quais o doente não atribui qualquer significação valorativa.
- Sensações Corporais, fundamentalmente negativas, relacionadas com a permanência ou aumento da intensidade da dor, assim como agravamento do estado geral.
- Informação sobre a Doença, sendo considerada positiva toda a informação prestada, ao doente e seus familiares, sobre o diagnóstico, medidas terapêuticas e prognóstico.

No **3º momento**, referente ao internamento na Unidade Coronária, emergiram de forma relevante e por ordem decrescente as seguintes vivências:

- Pensamentos e Cognições.
- Reacções.
- Sensações Corporais.
- Informação sobre a Doença.
- Atribuição Causal da Doença.
- Intervenções Terapêuticas.

Relativamente aos Pensamentos e Cognições, a sua significação e relevância, exprimiram-se do seguinte modo:

1°. **Pensamentos e Cognições sobre a Equipa de Saúde**, com significação positiva sobre o seu saber, saber fazer e saber ser, isto é, foi especialmente realçada a sua competência técnico-científica, a sua competência relacional e a sua realização profissional. Esta vivência altamente gratificante conferiu sentimentos de segurança, tranquilidade e confiança.

2°. **Pensamentos e Cognições sobre a Instituição Hospitalar e Unidade de Cuidados**, vivência marcadamente negativa devido a múltiplos factores, nomeadamente:

   - Relacionados com a estrutura, alimentação, ambiente físico da unidade, induzindo a sensações como clausura, isolamento e estranheza, perdendo o doente a noção do tempo.
   - Relacionados com o tipo de disposição dos doentes na unidade, o qual permitiu a visualização dos restantes doentes e consequentemente do seu sofrimento.
   - Relacionados com a hiper-estimulação da unidade devido à presença de luzes, vários alarmes e toques de campainha.
   - Relacionados com a não autorização da permanência de um familiar na unidade e à restrição de tempo e número de visitas imposto.
   - Relacionados com o intervalo curto entre as refeições.

   Contudo, foram especialmente consideradas positivas a existência de recursos materiais e humanos para uma pronta actuação, o que conferia segurança e as condições de higiene existentes que promoviam bem-estar.

3°. **Pensamentos e Cognições sobre a Doença**, predominantemente negativos e focalizados frequentemente na morte.

4°. **Pensamentos e Cognições sobre as Intervenções Terapêuticas** consideradas de forma positiva pelos benefícios que lhes atribuíam, tendo sido referido com mais frequência: cateterismo cardíaco, múltiplas punções venosas e arteriais, oxigenoterapia, monitorização electrocardiográfica, avaliação da tensão arterial.

As considerações negativas face às intervenções terapêuticas relacionaram-se com o repouso no leito pelo desconforto físico que este provocada ao fim de algumas horas e consequente limitação e dependência na satisfação das necessidades de eliminação, implicando o uso de aparadeira e urinol.

5°. **Pensamentos e Cognições sobre a História Pessoal**, enfatizando-se o papel positivo de uma crença e de uma prática religiosa numa situação de doença grave. Essa crença e essa fé significaram apoio espiritual e fonte de esperança durante todo o processo de doença. Relativamente à família, foi considerada positiva a sua presença e apoio e porque esta em alguns casos significou força moral que os ajudou a ultrapassar este difícil acontecimento.

Neste momento crítico, as preocupações sobre a profissão foram praticamente inexistentes, significando que a profissão não constitui uma preocupação para os doentes nesta fase.

As **Reacções** constituíram-se como o 2° grande grupo de vivências mais significativas, com a seguinte ordem de predominância:

1°. **Reacções face à Doença**, especialmente reacções positivas, significando quer um espírito de luta face ao acontecimento e um controlo comportamental, procurando negociar com Deus e com os santos de devoção o desfecho do mesmo. Estes tipos de reacções constituíram-se como mecanismos de defesa para reduzir o impacto psicológico produzido por um brutal acontecimento e que ameaçava as suas vidas.

As reacções face à doença negativas significaram inquietação, tristeza por vezes profunda, depressão, fuga/evitamento face à realidade.

2°. **Reacções relacionadas com a Equipa de Saúde**, traduziram-se especialmente em atitudes e comportamentos positivos. A actuação da Equipa de Saúde, que revelou competência técnico-científica, relacional e satisfação profissional, fez com que os doentes se sentissem seguros, confiantes e por conseguinte tranquilos.

As reacções negativas, com menor relevância, traduziram-se em atitudes de retraimento para interpelar a equipa de saúde e especialmente os médicos sobre a sua doença e para verbalizar as suas preocupações e expectativas.

3°. **Reacções relacionadas com a Instituição Hospitalar e Unidade de Cuidados**, expressaram-se em atitudes de confiança face à capacidade e prontidão de resposta destas em situações de novo episódio de EAM.

4°. **Reacções relacionadas com a Família**, foram essencialmente negativos, significando saudade pela sua ausência nesse momento crítico e preocupação pelo seu sofrimento psicológico.

5°. **Reacções relacionadas com a História Pessoal**, constituíram-se como uma vivência predominantemente positiva, sendo valorizados o optimismo, a força de viver, a paciência, a crença e fé religiosas, sedimentadas ao longo de um percurso de vida e considerados necessários nos momentos de crise, como na situação de doença.

As **Sensações Corporais** surgiram durante o internamento na Unidade Coronária como a 3ª vivência mais significante e por conseguinte mais referida. Neste momento significaram ausência de dor e de outros sintomas ou desconfortos associados.

A esta vivência seguiu-se a **Informação sobre a Doença**, que incluiu a informação clínica proporcionada pelos médicos e enfermeiros e a referências a situações de saúde, doença, mal-estar relacionados com o EAM

As **Intervenções Terapêuticas** mais marcantes foram a medicação administrada para o tratamento específico do EAM e de outras doenças anteriores, o cateterismo cardíaco, a monitorização cardíaca e o repouso absoluto no leito.

A Atribuição Causal da Doença teve uma expressão muitíssimo reduzida neste 3° momento.

No **4º momento**, relacionado com o internamento na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia, com a perspectiva de alta hospitalar e com as implicações da doença na vida futura, emergiram como vivências mais marcantes:

1º. Pensamentos e Cognições, especialmente os Pensamentos e Cognições sobre a Doença negativos.

2º. Reacções, predominantemente as reacções relacionadas com a Doença positivas.

Os Pensamentos e Cognições sobre a Doença negativos, significaram na sua generalidade percepção de incapacidade potencial para gerir a intolerância ao esforço, relacionado com a realização das actividades de vida diária, para gerir o tempo de trabalho e lazer e para gerir problemas familiares.

As Reacções face à Doença positivas que revelaram ser predominantes neste momento e que coexistiam, em alguns casos, com Pensamentos e Cognições face à Doença negativos. Este facto poderá significar que apesar de um futuro percepcionado como difícil, envolto em inúmeras incertezas e insegurança, existirá uma atitude, uma predisposição, uma força para continuar a lutar, para tentar sobreviver. Contudo, em alguns casos, verificaram-se reacções face à doença negativos revelando ansiedade e depressão antecipatória face a um futuro forçosamente diferente. Deste modo, alguns doentes revelaram que foram atingidos não só no seu coração como também na sua auto-estima e na sua auto-imagem.

Diversos foram pois os modos particulares de estar na "situação de doença" que Benner e Wrubel (1989) designam por enfermidade. Alguns doentes, ao deixarem o hospital, saíram provavelmente curados da sua doença cardíaca sem contudo terem curada a sua enfermidade. Necessitarão de tempo e apoio de uma equipa pluridisciplinar que os ajude a integrar as possíveis alterações e limitações nos seus contextos de vida, a incorporar novos significados para que lentamente se possam também libertar da enfermidade e a viver uma vida com qualidade.

O EAM, enquanto doença, emergiu neste estudo como um fenómeno humano, essencialmente intersubjectivo no qual se reflectiram simultaneamente o corpo, a mente, a cultura, a sociedade e a família.

Os nossos dados revelam a necessidade de um maior investimento dos profissionais e responsáveis pela saúde nos três níveis de prevenção: prevenção primária, com o objectivo de evitar o aparecimento da doença e um diagnóstico precoce; prevenção secundária, tratando de forma mais adequada a doença, detendo a sua evolução e prevenindo possíveis complicações; e prevenção terciária, promovendo a reabilitação global promotora de uma melhor qualidade de vida e evitar o agravamento da situação patológica.

A nível da prevenção primária, parece-nos necessário intensificar a informação à população em geral e há população de risco em particular, sobre a etiopatogenia e fisiopatologia do EAM, sensibilizando para os factores de risco e principais sintomas de alerta da doença. Esta informação, inserida em contextos de educação para a saúde, promoverá o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e alertará para a procura imediata de ajuda médica face aos primeiros sintomas de EAM. A demora na procura de ajuda médica verificada neste estudo diminui as possibilidades de tratamento e de sobrevida.

No plano da prevenção secundária, o tratamento de doentes vítimas de EAM em Unidades Coronárias parece ser fundamental. A concentração e especialização de recursos tecnológicos e humanos conferem segurança ao doente, atitude de extrema importância face a uma ameaça de morte e face à qual o doente responde psicofisiologicamente. A Unidade Coronária deverá também constituir-se como um esforço físico e afectivo que promova o repouso físico e psicológico indispensáveis para a recuperação da isquemia do miocárdio. Nesse sentido, deverá ser reduzido todo o tipo de estimulação sensorial e ser repensada a disposição dos doentes na unidade de forma a que seja preservada a intimidade e evitada a observação por vezes traumatizante de outros doentes.

Revelando-se a presença de um familiar na unidade como um factor tranquilizador, parece-nos necessário que a equipa de saúde, considerando a situação clínica de cada doente, adopte uma atitude de flexibilização, no sentido de permitir que um familiar permaneça junto ao leito do doente, já que ninguém o poderá substituir neste momento crítico das suas vidas. As normas, os regulamentos das instituições e serviços deverão ser instrumentos que proporcionem bem-estar aos doentes. Esta flexibilização permitirá que a Unidade Coronária se constitua como um espaço e um ambiente terapêutico onde a dinâmica administrativa, técnica e instrumental se conciliem com uma dinâmica

afectiva e emocional própria de uma filosofia institucional enquadrada numa perspectiva humanista.

Neste contexto se deverá inscrever a relação de ajuda a desenvolver com os doentes que se vêem confrontados com EAM. Esta relação de ajuda implicará um melhor conhecimento de cada pessoa doente, da sua maneira de ser (personalidade e mecanismos de defesa) da sua forma de estar na saúde (antecedentes socio-familiares, antecedentes pessoais, hábitos e estilos de vida) e de estar na doença (pensamentos e reacções face à doença).

A relação de ajuda alicerçada sobre o primado da competência técnico-científica, fortemente valorizada neste estudo, deverá dar primazia às competências humanas e relacionais. A competência técnico-científica como fonte de segurança deverá manifestar-se:

- pela aplicação de saberes téorico-práticos.
- pela atenção e vigilância contínuas.
- pela valorização das queixas do doente.
- pela prontidão na resolução dos problemas e necessidades identificados.
- pela pontualidade na execução de tarefas e procedimentos.
- pela eficácia e eficiência da actuação.
- pela preocupação em informar o doente sobre cuidados e procedimentos e em manter o doente informado sobre a sua situação clínica.
- pela congruência na informação transmitida.
- pela procura de adesão do doente ao plano terapêutico e de reabilitação global.

A competência relacional deverá estar fortemente alicerçada na humanidade do profissional de Enfermagem, cultivando valores como a amizade, amabilidade, bondade, carinho, simpatia, alegria, paciência, verdade e orientada por princípios como apoio incondicional, igualdade de tratamento e respeito pela individualidade e privacidade de cada doente.

Verificando-se que as vivências do doente confrontado com o seu EAM se traduziram essencialmente em modos particulares de resposta orgânica expressa

por sensações corporais; pela reflexão e apreciação cognitiva face a diversos componentes e intervenientes no processo de doença e em vários sentimentos, atitudes e comportamentos, torna-se necessário que o profissional e Enfermagem desenvolva e privilegie o olhar e escuta atentas. Esta capacidade, apoiada na empatia, permitir-lhe-á que se aperceba do contexto e significados da comunicação verbal e não verbal de cada doente de forma a melhor o tratar, cuidar e ajudar na sua situação presente e futura. Para isso, será necessário disponibilidade, maior presença física e afectiva e consequentemente maior envolvimento. A presença do enfermeiro para além de transmitir apoio incondicional ao doente, fá-lo sentir-se acompanhado, considerado e valorizado em si mesmo.

No plano da prevenção terciária, a relação de ajuda deverá centrar-se no confronto do doente com a realidade quando é evidente a negação da mesma, com as suas reais limitações e capacidades. A confrontação deverá permitir uma correcta percepção da doença e do que ela implicará futuramente, uma correcta percepção de si próprio, dos seus problemas e limitações que lhe permitem gerir de forma adequada e aceitável a doença e a enfermidade e a ter uma vida com qualidade. A finalidade desta confrontação será pois a de proporcionar novas perspectivas que possam motivar e mudar comportamentos. Neste sentido e para esta confrontação poderá apoiar-se nos Modelos de Saúde e de Doença desenvolvidos pela Psicologia da Saúde, nomeadamente na Teoria da Motivação Protectora (TMP) e no Modelo de Crenças da Saúde (MCS), dado que a disposição para o doente vítima de EAM adoptar novos comportamentos dependem muitas vezes da percepção que ele possuiu sobre as vantagens da adopção de novos hábitos, dos riscos potenciais, nomeadamente de reenfarte e das suas consequências futuras.

A relação de ajuda não deverá terminar com a alta hospitalar na nossa perspectiva deverá prosseguir integrada numa perspectiva de cuidados continuados proporcionados em consulta externa hospitalar, em visita domiciliária ou integrada nos Cuidados Primários de Saúde e proporcionada por uma equipa pluridisciplinar especializada. Esta relação de ajuda deverá ainda ser enquadrada num processo de reabilitação global, isto é, física, psíquica, social, familiar e profissional.

Como verificámos pela análise de conteúdo efectuado no momento 4 o doente encontra-se ainda numa fase inicial da vivência da sua "enfermidade" apesar de resolvida a crise aguda da sua "doença". Assim, devemos reconsiderar o acompanhamento dos doentes imediatamente antes da alta e no follow-up dando competências para que a pessoa sinta que pode exercer algum control sobre a sua doença, informando-a e desfazendo alguns mitos que impedem uma melhor adaptação. Por outro lado, também constatámos através da análise do 1ºmomento, que mesmo os pacientes que estavam prevenidos sobre a possibilidade de virem a enfartar não agem na maioria das vezes com a prontidão necessária solicitando ajuda médica. Se os constructos teóricos explicam esta reacção inicial, que na maioria dos casos não é totalmente negativa, assume na doença coronária, devido às especificidades que lhe são inerentes, uma maior gravidade que a distingue em termos de abordagem de outros domínios da Psicologia da Saúde.

Estamos convictos que deste modo será possível apoiar o doente a perspectivar o seu futuro com optimismo e a recuperar a esperança. Ajudar a recuperar a esperança significará readquirir a força, a vontade, o gosto de viver, de forma a concretizar progressivamente metas estabelecidas por si próprio. Quando conseguir concretizar essas expectativas realisticamente fundamentadas e apoiadas pela Equipa de Saúde, a vida florescerá de novo e em todas as dimensões.

VII - Capítulo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Alcântara, M. L.; Pereira, M.; Mourão, L.; Santos, A. L.; Luís, A. S.; Nunes, J. M. (1989). *Adaptação e prevenção terciária em doentes com coronariopatia isquémica.* Associação Portuguesa de Psicologia. VII 2:173-178.

• Antman, E.; Braunwald, E. (1998). Infarto Agudo do Miocárdio, In Frauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, Hauser, Longo (Eds). *Harrison-Medicina Interna.* 14ª ed., Volume 1, pp. 1443-1486. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana.

• Antunes, S.; Tavares, M. M.; Baeta, C.; Moreira, E. (1988). *Reabilitação do doente com infarto do miocárdio – Experiência do Serviço de Cardiologia/UCI do Hospital Distrital de Portalegre.* Enfermagem IV (1) 17-19.

• Arribas, G.; Garcia, A.; Pérez, M. F.; Serrano, I. (1997). Percepción del concepto de salud: un estudio exploratório, In M. C. Diego (ed), *Investigacion: El diálogo de la enfermeria com otras Ciências.* Pamplona: Escuela Universitária de Enfermeria-Clínica Universitária de Navarra.

• Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: edições 70.

• Benner, P.; Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in the Health and Illness.* Califórnia: Addison-Wesleey.

• Benner, P. (1994). *Interpretative Phenomenology. Embodiment, Caring and Ethics in Health and Illness.* Thousand Oaks: SAGE pub.

• Bermejo, J. C. (1996). *Relacion de ayuda.* Madrid: San Pablo.

• Bevis, O.; Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: A new Pedagogy for Nursing.* New York: National League for Nursing Press.

• Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Introdução à Teoria e aos Métodos.* Porto: Porto Editora.

• Boykin, A. (1994). *Living a Caring – Based Program.* New York: National League for Nursing Press.

• Boykin, A.; Shoenhofer (1993). *Nursing as Caring a Model for Transforming Practice.* New York: National League for Nursing Press.

• Bruyne, P.; Herman, J.; Schoutheete, M. (1991). *Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: ed. Francisco Alves.

• Bueno, A. M.; Buceta, J. M. (1994). Áreas de Intervenção Psicológica en la rehabilitacion de pacientes pós-Infarto de Miocárdio: Revision de la literatura y Perspectivas futuras, In *Análise Psicológica*, 2-3 (12) 265-273.

• Caplan, G. (1980). *Princípios da Psiquiatria Preventiva*, Rio de Janeiro: Zahor ed.

• Cardoso, G. (1989). *Intervenção psicoterapêutica nos doentes coronários.* Associação Portuguesa de Psicologia. VII 2:167-171.

• Carrageta, M. (1998). *Mês do coração*. Tempo Medicina, 733, 5, 7.

• Carrageta, M. (1999). *Doenças cardiovasculares matam mais em Barrancos,* Tempo Medicina, 784, 6, 16-17.

• Cassem, N. H.; Hackett (1971). *Psychiatric consultation in a coronary care unit.* An Intern. Med. 75:9-14.

• Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers – une perspective holistique–humaniste.* Quebec: Gaëtan Morin

• Chaplin, J. P. (1981). *Dicionário de Psicologia,* Lisboa: Publicações Dom Quixote.

• Chaska, N. L. (1990). *Nursing Profession - turning points.* St. Louis: The C. V. Mosby Company.

• Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem.* Lisboa: SEP.

• Cortesão, E. L. (1980). *A componente psíquica nas afecções cardiovasculares.* Medicina 3:39-43.

• Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Decartes.* 4ª ed.. Lisboa: Lisboa: Pub. Europa-América.

• Fife, B. (1994). *The conceptualization of Meaning of Illness.* Soc. Sci. Med. 38(2) 309-316.

• Friedman, M.; Rosenman, R. (1959). *Association of Specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings.* J. Am. Med. Association, 169, 1286-1296.

• Fry, S. (1994). *Ética en la prática de la enfermeria.* Suiça: Conselho Internacional de Enfermeras.

• Gaut, D.; Leinninger, M. (1991). *The Compassionate Healer.* New York: National League for Nursing Press.

• Gentry, W. D.; Williams, R. B. (1975). *Psychological aspects of myocardial infarction and coronary care.* Saint Louis: Mosby Company.

• Georg, J. B. (1993). *Teorias de Enfermagem.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul Lda.

• Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992). *O inquérito – Teoria e Prática.* Oeiras: Celta.

• Gil, A. C. (1988). *Como elaborar Projectos de Pesquisa.* S. Paulo: Atlas, S.A.

• Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh: Duquesne University Press.

• Gutierrez, M. M. R. (1997). La investigacion cualitativa en la formacion de enfermeria, In M. C. Diego (ed.), Investigacion: *El diálogo de la enfermeria com otras Ciências.* Pamplona: Escuela Universitária de Enfermeria-Clínica Universitária de Navarra.

• Hackett, T. P. e Cassem, N. H. (1982). *Coping with cardiac disease,* Adv. Cardiology 31:212-217.

• Heidegger, M. (1993). *Ser e Tempo,* 3ª ed. Petropolis: ed. Vozes.

• Herman, J. (1983). *Les Langages de la Sociologie.* Paris: col. "Que sais je?".

• Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1981). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica.* Brasil: Artes Médicas Sul, Lda.

• Kelley, L. S. (1995). A metáfora da "casa-jardim-deserto": Quadro de Referência do Caring e a Teoria do Devir Humano, *In Illuminations* R. R. Parse (ed). New York: National League for Nursing.

• Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona:

Grijalbo.

• Lazure, H. (1994). *Viver a relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

• Martinez, M. (1989). *Comportamiento Humano, nuevos métodos de investigação.* 1ª ed. México: Editorial Trilhas SA.

• Maslow, A . (1970). *Motivation on Personality .* New York: Harperand Row Publishers.

• Mayeroff, M. (1971). *On Caring,* New York: Harper Perenial.

• Mendes, M. (1995). *Avaliação do doente antes de iniciar programa de reabilitação cardíaca após Enfarto Agudo do Miocárdio: papel da prova de esforço.* Rev. Port. Cardiologia 14(7-8): 553-558.

• Merleau-Ponty, M. (1956). *What is Phenomenology?* Cross Currents 6, 59-70.

• Merleau-Ponty, M. (1976). *Phenoménologie de la perception,* Paris: Ed. Gallimard.

• Moniz, L. J.; Barros, L. (1994). Psicologia da doença, *In Análise Psicológica,* 2-3 (12), 233-251.

• Moos, R. H. (1986). *Coping with life crises, an Integrated Approach.* Califórnia: Stanford University and Veterans Administration Medical Center.

• Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde.* Lisboa: Climepsi Editores.

• Oiler, C. (1982). *The phenomenological approach in nursing research,* May-June 31(3)178-181.

• Omery, A. (1983). *Phenomenological approach in nursing research.* Nursing Research May-June 31(3)178-181.

• Papalia, D. E.; Olds, S. W. (1987). *Psicologia,* México: McGraw-Hill.

• Parse; F. R. (1985). *Nursing research qualitative methods.* Bowie, Maryland, USA: Brady Communications Company

• Pasternak, R. C.; Braunwald, E.; Sobel, B. E. (1993). Infarto Agudo do Miocárdio, In Braunwald (ed.). *Tratado de Cardiologia,* 4ª ed.. Volume 2, pp. 1342-1424. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

• Pearson, A.; Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem.* Londres: Heinemann Nursing.

• Pereira, F: M. P. (1997). *Qualidade de Vida do Doente Após Enfarte Agudo do Miocárdio.* Dissertação apresentada para concurso de Professor Coordenador da Carreira de Pessoal do Ensino Superior Politécnico.

• Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Investigacion Cientifica en Ciências de la Salud.* 5ª ed. México. Interamericana McGraw.

• Porrero, E. G. (1995). *Reabilitação Cardíaca – outros protocolos.* Revista Española de Cardiologia 48(1), 48-53.

• Rami, J. A. V. ; Fernandez, F. A.; Soriano, F. R. (1995). *Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados.* Revista Esp. Cardiologia, 48(1) 90-93.

• Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde.* Lisboa: ISPA.

• Roach, S. M. (1987). *The Human act of Caring.* Ontario: pub. Canadian Hospital Association.

• Rogers, C. R. (1986). *La terapia centrada en el cliente.* Barcelona: Paidos.

• Rogers, C. R. (1994). *El processo de convertirse en persona.* Barcelona: Paidos.

• Ross, R. (1993). Patogenia de la aterosclerosis. In E. Braunwald (ed.). *Tratado de Cardiologia.* 4ª ed.. Volume 2, pp. 1238-1254. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

• Ruiz, P. (1990). *Múltiplas ventajas de la rehabilitacion cardiológica integral.* Rol de Enfermeria, 30(3), 32-36.

• Santos, B. S. (1993). *Um discurso sobre as Ciências,* 6ª ed., Porto: Afrontamento.

• Santos, Z.; Santos, G. (1994). *Ansiedade e percepção do controlo na doença grave.* Psiquiatria Clínica 15(3) 125-129.

• Serrano, M. R. (1997). Investigar en enfermeria: Un enfoque interdisciplinar, In M.C. Diego (ed), *Investigacion: El dialogo de la enfermeria com otras Ciências.* Pamplona: Escuela Universitária de Enfermeria-Clínica Universitária de Navarra.

• Sobel, B. E. (1992). Infarto Agudo do Miocárdio, In Wyngarden, Smith, Benett (eds). *Cecil-Tratado de Medicina Interna.* 19ª ed.. Volume 1, pp. 309-326. Rio de Janeiro: Guanabara Koogansa.

• Spieberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research.*

New York: Academic Press.

• Spiegelberg, H. (1976). *The Phenomenological movement.* Hague: Martinus Nijhoff.

• Taylor, S. J., Bogdan, R. C. (1992). *Introduction a los metodos cualitativos de Investigación.* Barcelona: Paldos.

• Teixeira, J. A. C. (1988). *A posição fenomenológica e existencial em psicologia e psiquiatria.* Ed. Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa.

• Tesch, R. (1988). *The contribution of a qualitative method: phenomenological research.* Santa Barbara: Qualitative Research Management.

• Trivinos, A. N. S. (1990). *A pesquisa qualitativa em Educação.* S. Paulo: Ed. Atlas S.A.

• Van Kaam, A. (1969). *Existential foundations of psychology.* New York: Carol Publishing Group edition.

• Watson, J. (1985). *Nursing the philosophy and Science of Caring.* Colorado: Colorado University Press.

• Watson, J. (1988). *Human Science and Human Care – A theory of nursing.* New York: National League for Nursing.

Anexos

Anexo I – Pareceres das Comissões de Ética e autorizações dos Conselhos de Administração Hospitalares

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR S.R.

Largo Prof. Abel Salazar, 2 • 4000 PORTO • Tels 31 03 59 • 31 14 47 • 31 93 82 • 208 56 23 • Fax (+351 • 2) 200 19 18 UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO DE ENFERMAGEM

Exma. Comissão de Ética do
Hospital Geral de S. João do Porto

Venho por este meio solicitar a V. Exa., autorização para que a aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem deste Instituto, **Filomena Moreira Pinto Pereira**, faça colheita de dados para o estudo sobre "Significação das Experiências vivenciadas pelo doente vítima de enfarte do miocárdio" tendo como orientadora a Profª Doutora Marina Prista Guerra da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Este estudo tem como base a realização de entrevistas gravadas a doentes na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários.

Porto, 22 de Dezembro de 1997

O Coordenador do Mestrado em Ciências de Enfermagem

(Prof. Doutor Nuno Rodrigues Grande)

S 0359

(Preencher à máquina)

COMISSAO DE ETICA DO HOSPITAL DE SAO JOAO

PROJECTO DE ENSAIO CLINICO OU

OUTRA INVESTIGAÇAO MEDICA

H. S. J.
Proj nº 12
26-1-95
ADMINISTRAÇÃO

NOTA IMPORTANTE: A Comissão de Ética chama a atenção dos Investigadores Clínicos para a necessidade de o protocolo de qualquer ensaio clínico obedecer às normas estabelecidas pelo Decreto-Lei 97/94, de 09 de Abril (D.R., I Série-A, nº. 83, de 09/04/94).

1. IDENTIFICAÇAO DO PROJECTO

a. Nome do Investigador principal FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA

b. Título do Projecto "Significação das experiências vivenciadas pelo doente vítima de enfarte agudo do miocárdio "

c. Serviço hospitalar onde o projecto será executado Unidade de cuidados intermédios coronários do HSJ

d. Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita ?

Sim [X]

Não [ ]

e. Descreva sucintamente os objectivos da investigação IDENTIFICAR EXPERIÊNCIAS SUBJECTIVAS VIVÊNCIADAS PELOS DOENTES CONFRONTADOSCOM O EAM E IDENTIFICAR NECESSIDADES DE AJUDA QUE EMERGEM DESTAS EXPERIENCIAS SUBJECTIVAS

f. A investigação proposta envolve exames complementares - indique o tipo e frequência.

Os custos de todos os exames feitos aos doentes que entram no ensaio terão de ser suportados pelo Laboratório patrocionador.

NÃO

.../

g. No caso de serem feitos questionários a doentes, indique como será garantida a manutenção do segredo médico. As entrevistas gravadas serão anónimas

(Nota: Junte 1 exemplar do questionário que será utilizado)

2. No caso de se tratar de um ensaio clínico de um medicamento, indique:

a. Tipo de ensaio:

Fase III |__| Fase IV |__| Marketing |__|

b. Tipo de fármaco

Nome(s) genérico(s) _____

Grupo farmacológico ou terapêutico _____

Aprovação pela Comissão Técnica de Novos Medicamentos (D.G.A.F.)

Fármaco: Aprovado |__| Não Aprovado |__|

Forma medicamentosa: Aprovada |__| Não Aprovada |__|

Tipo de ensaio:

Comparação com placebo |__|

Comparação com Fármaco Padrão |__|

Ensaio Com dupla ocultação |__|

Ensaio aberto |__|

Outro tipo (especifique) _____

(Notas: 1 - No caso de medicamentos já aprovados pela CTNM junte a bula oficial do produto comercializado
2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados pela CTNM, junte documentação informativa.)

.../

3. RISCO/BENEFICIO

a. Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo ?

Nenhum

b. Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo ?

Nen Nenhum

4. CONSENTIMENTO

Junte uma cópia do impresso a ser assinado pelo doente para esse fim (ou por quem o represente, se incapaz, ou a rogo, se analfabeto).

5. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

Pagamento aos doentes

Pela participação no estudo	-	Sim	[ ]	Não	[x]
Pelas deslocações	-	Sim	[ ]	Não	[x]
Pelas faltas ao serviço	-	Sim	[ ]	Não	[x]
Por danos resultantes da sua participação no estudo	-	Sim	[ ]	Não	[x]

Em caso afirmativo especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações: ----------

.../

Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade ? Sim |__| Não |__|

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Data do pedido de aprovação 27 /1 /98

Eu abaixo assinado, FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA

na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia II e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

PORTO, 27 de Janeiro 1998

filomena moreira pinto pereira

7. (Reservado à Comissão de Etica do Hospital de S. João)

Parecer emitido na reunião de 98/05/04:

Aprovado por unanimidade o parecer do Relator, pelo que esta Comissão nada tem a opôr à realização deste projecto de investigação.
Chama-se a atenção do investigador principal para o facto de não poder iniciar o seu trabalho sem a anuência do Sr. Director à data onde pretende realizar o inquérito.

O Presidente

HOSPITAL DE S. JOÃO
PORTO

CONSELHO ADMINISTRAÇÃO
H. S. João
98.05.07

DIRECTOR DO HOSPITAL
Prof. Doutor Fleming Torrinha

ENG. [illegible] PARRA
Administrador Delegado

ENFERMEIRA DIRECTORA
[illegible]

PARECER

INVESTIGADOR PRINCIPAL – Enfª Filomena Moreira Pinto Pereira

TÍTULO DO PROJECTO –" Significação das experiências vivenciadas pelo doente vitima do enfartde do micárdio"

OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO - Identificar experiências subjectivas vivenciadas pelos doentes confrontados com o Enfarte agudo do miocárdio e identificar necessidades de ajuda que emergem destas experiências subjectivas (Estudo de investigação no âmbito da sua Tese de mestrado")

GUIÃO DE ENTREVISTA

O Guião de Entrevista a realizar a doentes internados no serviço de Cardiologia do Hospital de S. João não levanta em si mesmo objecção de natureza ética.
O documento a propôr aos doentes para dação de consentimento para gravar a entrevista está correcto. No entanto, recorda-se que deve ficar vedada a reprodução deste instrumento de trabalho, pelo respeito que nos merece a confidencialidade relativa a este documento.
Neste projecto dá-se conta da inexistência da Informação do Director do Serviço autorizando a realização do estudo.

Porto, 30 de Abril de 1998

O RELACTOR

Maria Antonina Mouta de Miranda Oliveira
MARIA ANTONINA MOUTA MIRANDA OLIVEIRA

H. S. J. - MOD. 3 - 50.000 ex. - 80 GRS. 4/98 - Tip. DIAMANTE

HOSPITAL DE S. JOÃO
PORTO
SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

Declaração

Declaro que autorizo que o estudo "Significação das Experiências Vivenciadas pelos Doentes Confrontados com Enfarte Agudo do Miocárdio", cujo investigador principal é a Enf.ª Filomena Moreira Pinto Pereira, seja efectuado neste Serviço.

Porto, 15 de Outubro de 1998

Dr. Pedro van Zeller
(Responsável pelo Serviço de Cardiologia)

. S. J. - Mod. 3

À Ex.ª Enfermeira Directora
98.01.19

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DO HOSPITAL DE S. JOÃO

FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA, docente da Escola Superior de Enfermagem de S. João e aluna do 4º Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto, vem solicitar a Vª Exª autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito da sua tese de Mestrado sobre a SIGNIFICAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELO DOENTE VITIMA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO.

Para a sua realização pretendemos efectuar entrevistas gravadas a uma amostra de 25 doentes internados na unidade de Cuidados Intermédios Coronários, que para tal se disponibilizem após consentimento informado.

São nossos objectivos:

-Identificar experiências subjectivas vivenciadas pelos doentes confrontados com o Enfarte Agudo do Miocárdio

-identificar necessidades de ajuda que emergem destas experiências subjectivas

Juntamente anexamos o guião da entrevista e a declaração de consentimento informado a serem utilizados.

O Exmo Senhor Director
da Unidade de Cuidados
Intermédios de Cardio
peço, para análise e
informação
Respeitosamente

ENFERMEIRA DIRECTORA
M.Céu G. Calheiros

Pede deferimento,

Porto, 19 de Janeiro de 1998

filomena moreira pinto pereira

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR S.R.

Largo Prof. Abel Salazar, 2 • 4000 PORTO • Tels 31 03 59 • 31 14 47 • 31 93 82 • 208 56 23 • Fax (+351 • 2) 200 19 18 *UNIVERSIDADE DO PORTO*

MESTRADO DE ENFERMAGEM

Exma. Comissão de Ética do
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Venho por este meio solicitar a V. Exa., autorização para que a aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem deste Instituto, **Filomena Moreira Pinto Pereira**, faça colheita de dados para o estudo sobre "Significação das Experiências vivenciadas pelo doente vítima de enfarte do miocárdio" tendo como orientadora a Profª Doutora Marina Prista Guerra da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Este estudo tem como base a realização de entrevistas gravadas a doentes na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários.

Porto, 22 de Dezembro de 1997

O Coordenador do Mestrado em Ciências de Enfermagem

(Prof. Doutor Nuno Rodrigues Grande)

COMISSÃO DE ETICA DO C.H.GAIA

PROJECTO DE ENSAIO CLINICO OU OUTRA INVESTIGAÇÃO MEDICA

NOTA IMPORTANTE: A Comissão de Etica chama a atenção dos Investigadores Clínicos para a necessidade de o protocolo de qualquer ensaio clínico obedecer às normas estabelecidas pelo Dec. Lei 97/94 , de 9 de Abril (D.R. I Série - A, n. 83, de 9/04/94)

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a. Nome do Investigador principal FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA

b. Titulo do Projecto Significação das Experiências vivenciadas pelo doente vítima de Enfarte Agudo do Miocardio

c. Serviço hospitalar onde o projecto será executado Unidade de Cuidados Intermédios Coronários

d. Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

Sim [X]

Não [ ]

e. Descreva sucitamente os objectivos da investigação:

- Identificar experiências subjectivas vivenciadas pelo doentes confrontados com Enfarte Agudo do Miocardio
- Identificar necessidades de ajuda que emergem destas experiências subjectivas

f. A investigação proposta envolve exames complementares - indique o tipo e frequência. Não.

Os custos de todos os exames feitos aos doentes que entram no ensaio terão de ser suportados pelo Laboratório patrocinador.

g. No caso de serem feitos questionários a doentes, indique como será garantida a manutenção do segredo médico. _____

_____

_____

(Nota: Junte 1 exemplar do questionário que será utilizado)

2. No caso de se tratar de um ensaio clínico de um medicamento, indique:

a. Tipo de ensaio:

Fase III [ ] Fase IV [ ] Marketing [ ]

b. Tipo de fármaco

Nome(s) genérico(s) _____

Grupo farmacológico ou terapêutico _____

Aprovação pela Comissão Técnica de Novos Medicamentos (D.G.A.F.)

Fármaco: Aprovado [ ] Não Aprovado [ ]

Forma medicamentosa: Aprovada [ ] Não Aprovada [ ]

Tipo de ensaio:

Comparação com placebo [ ]

Comparação com Fármaco Padrão [ ]

Ensaio Com dupla ocultação [ ]

Ensaio aberto [ ]

Outro tipo (especifique) _____

_____

(Notas: 1 - No caso de medicamentos já aprovados pela CTNM junte a bula oficial do produto comercializado

2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados pela CTNM, junte documentação informativa.)

3. RISCO/BENEFICIO

a. Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?

b. Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?

4. CONSENTIMENTO

Junte uma cópia do impresso a ser assinado pelo doente para esse fim (ou por quem o represente, se incapaz, ou a rogo, se analfabeto)

5. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

Há contrapartida para o Hospital?	Sim ☐	Não ☒
Há remuneração ao Investigador?	Sim ☐	Não ☒
Pagamento aos doentes	Sim ☐	Não ☒
Pelas deslocações	Sim ☐	Não ☒
Pelas faltas ao serviço	Sim ☐	Não ☒
Por danos resultantes da sua participação no estudo	Sim ☐	Não ☒

Em caso afirmativo, especifique a entidade que assume a responsabilidade das indemnizações:

Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade ? Sim ☐ Não ☐

6. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Data do pedido de aprovação 21/1/98

Eu abaixo assinado, Filomena Moreira Pinto Ferreira na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia II e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Vila Nova de Gaia, 21 de Janeiro de 1998

Filomena Moreira Pinto Ferreira

7. (Reservado à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Gaia)

Parecer emitido na reunião de 11/2/98

Parecer favorável, desde que autorizado pelo Director de Serviço de Cardiologia

O COORDENADOR

DR. EURICO TEIXEIRA
Coordenador da Comissão de Ética

Como já teve parecer favorável do Director de Serviço de Cardiologia, dou a aprovar.

13/5/98

Tomei Conhecimento.
À C.E.S. para informação
e fins convenientes.
98/2/3

ANTÓNIO J. SOUSA E SILVA
PRES. DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA

De acordo com o parecer da C.E.S, é autorizado desde que se cumpra o pedido do S. de Cardiologia
98/2/26

ANTÓNIO J. SOUSA E SILVA
PRES. DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Autorizado, de acordo com o parecer do Serviço de S. Cardiologia.
98/6/16

ANTÓNIO J. SOUSA E SILVA
PRES. DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

FILOMENA MOREIRA PINTO PEREIRA, docente da Escola Superior de Enfermagem de S. João e aluna do 4º Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar-Universidade do Porto, vem solicitar a Vª Exª autorização para a realização de um estudo de investigação no âmbito da sua tese de Mestrado sobre a SIGNIFICAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELO DOENTE VITIMA DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO.

Para a sua realização pretendemos efectuar entrevistas gravadas a uma amostra de 25 doentes internados na unidade de Cuidados Intermédios Coronários, que para tal se disponibilizem após consentimento informado.

São nossos objectivos:

-Identificar experiências subjectivas vivenciadas pelos doentes confrontados com o Enfarte Agudo do Miocárdio

-identificar necessidades de ajuda que emergem destas experiências subjectivas

Juntamente anexamos o guião da entrevista e a declaração de consentimento informado a serem utilizados.

Pede deferimento,

Filomena Moreira Pinto Pereira

Porto, 20 de Janeiro de 1998

De acordo
20/4/98

Anexo II – Transcrição das entrevistas

ENTREVISTA Nº 1 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 74 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: doméstica/reformada
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nada na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras que foram para si experiências positivas e negativas.
R- Eu de noite quando dormia acordava às vezes muito aflita e o meu coração parecia um cavalo a trabalhar, as minhas filhas arranjaram-me um especialista muito bom no Porto, na rua de Santa Catarina e ele lá me consultou e disse-me que eu não tinha nada de maior no coração, mas que eu era uma pessoa nervosa, mas eu até acho que sou uma pessoa de paciência e de calma... disse-me que os meus nervos me atacariam o coração, que eu estivesse descansada que não tinha nada de maior no coração. **E – O que é que a levou a vir, aqui no hospital?** R- Eu tive uma dor no peito, uma primeira, uma segunda e depois passou, mas depois veio uma dor muito forte, ia da sala para o quarto, sentei-me, comecei a apertar o peito, comecei a chorar e disse: ai Jesus, que dor tão forte, doi-me tanto o meu peitinho, meu Deus, faltava-me mais isto agora. O meu marido estava a ver televisão e perguntou-me: "tu que tens... não estás bem", e disse-lhe: "não, não estou bem". Tinha uma dor no peito e não queria que as filhas soubessem e ficassem aflitas e assim não queria. Nisto, foi chamar a mais nova e disse-lhe: "Isabel, Isabel, anda à mãe que a mãe não está boa". Ela ficou aflita, muito aflita... "oh filhinha, isto passa-me... isto passa-me, doi-me muito o meu coração mas isto passa-me ". "A senhora não se afligiu com nada, nem com o pai, nem com nada?". " Não, não me afligi com nada, mas está-me a doer muito acima ". "Vamos lavar, vamos vestir e vamos ao hospital ".
Fomos para o Hospital de Espinho, tivemos muita sorte com o médico, um bom médico, lá me examinou, lá me deitou, mediu-me as tensões e assim. "É melhor a senhora ir pr'a Gaia", e a filha disse: "está bem senhor doutor". **E- Disseram-lhe o que tinha tido?** R- Disseram-me que tinha tido um ataque no coração... um Enfarte. **E- O que pensou e sentiu nesse momento?** R- Olhe, eu pensei que ia morrer e até queria morrer, era..., era... (suspiro). Vim para aqui e estou aqui há 7 dias... fiquei triste, mas ao mesmo tempo disse: "deixa lá, seja o que Deus quiser... às vezes pedia a morte a Deus **E- Conte-me quais as experiências que lhe foram negativas.** R- Negativas? **E- Que lhe custaram, que recorda com amargura, tristeza.** R- As dores terríveis, eu não estava bem... eu vim para aqui mas não queria vir... para não afligir as filhas... mas fiz bem porque decerto eu tinha morrido, não tenho mais coisas

desagradáveis.

E- Conte-me agora quais as experiências positivas, que recorda com satisfação.

R- Agora ultimamente melhorei muito, estou melhorzinha, não me custa falar, elas... as enfermeiras até dizem que eu falo muito, que não descanso.
Elas têm-me ajudado muito, são boas, meigas, tratam a gente muito bem e eu até sou uma pessoa muito chocada.
Aqui os médicos e as enfermeiras são boas.

E- Quais as implicações, as alterações na sua vida futura?

R- As minhas filhas vão tomar conta de mim, vou dar uma volta à casa, ao quintal, deito-me num sofá, num terraço que tenho muito grande e se puder trato de umas roupinhas... sabe, podendo faço... tenho umas rendas para fazer... elas não querem e eu também já disse que tem muitas.

E- Parece-me mais animada!

R- Olhe, sabe o que me dá força de viver, embora tenha pena e às vezes até peça a morte a Deus porque tenho tido muitos problemas, uns que se sabem e outros que não se sabem... os meus filhos e dois netos dão-me força para viver... eles são a luz dos olhos da gente...

ENTREVISTA Nº 2 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 50 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: serralheiro civil
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras que foram para si experi-ências positivas e negativas.**
R-	Sentia-me cansado, a dor incomodava-me. Agora só sinto, mas mais leve, só se me mexo ou quando tusso. A única coisa que me preocupa é de não ter dores... às vezes estou bem... outras vezes sofro... (pausa).
E-	**Sofre? Como?**
R-	Não sei dizer bem... é uma tristeza, mas já foi mais... pouca força. O médico é bom médico, as enfermeiras também, mas não sei o nome de ninguém. Se estiver sozinho fico mais triste...
E-	**Se estivesse alguém, uma enfermeira por exemplo, a conversar consigo, isso ajudava-o?**
R-	Acho que se falassem connosco, conversassem connosco, com pessoas como eu... sabe sou um bocado tímido, isso ajudava... olhe agora até me sinto melhor... gostava que a minha mulher e os filhos estivessem comigo mais tempo... que pudesse sair até lá fora, conversar... falar com eles... dava-me mais ânimo. Ter que estar na cama custou-me muito, até pensava que estava muito mal...
E-	**As senhoras enfermeiras explicaram-lhe porque tem de estar em descanso na cama e porque não pode sair da enfermaria?**
R-	Explicaram... mas não era preciso tanta coisa, só se uma pessoa estivesse muito, mesmo muito mal...
E-	**Diz-me que gostava de estar mais tempo com a sua família. Já fez esse pedido?**
R-	Não.
E-	**Às vezes peca-se por não pedir, não é?**
R-	Pois isso é...
E-	**Quais as implicações, as alterações que esta sua doença terá na sua vida futura?**
R-	Acho que não vou mais trabalhar, já me disseram que era um bocado pesado. Deu-me isto... e agora quando tusso sai-me sangue pela boca e tenho medo... e há falta de forças... Não vou sair de sair de casa. O ânimo foi um bocado abaixo... tinha muita coisa para fazer, mas não vejo como... vou deitar-me na cama e dormir. Olhe, sou capaz de ir até à fábrica, falar com os colegas... mas ir todo o dia também é chato e a baixa não deixa sair de casa... (suspiro) não sei como me deu isto porque até sou uma pessoa muito calma.

ENTREVISTA Nº 3 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 54 anos
- **Habilitações literárias**: antigo 5º ano dos Liceus
- **Sector profissional**: doméstica
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nada na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Onde me senti muito mal, onde tive uma dor muito forte foi na urgência e aí desmaiei. Quando acordei estava nessa unidade, com muitos médicos e enfermeiros à minha volta... e uma máquina a fazer pi-pi-pi. Comecei a vir a mim, a sentir-me melhor e pensei: "já estou a ficar boa", percebi que me tinham reanimado... já estava consciente. Aí fui supertratada, com muita gente à minha volta, cheia de cuidados... mas já estava bem, mas na minha ideia pensei que tinha sido uma angina de peito, como me tinha dado há 10 anos, só depois tive consciência que tinha tido um Enfarte. Nesse dia fiquei sem saber que era um Enfarte, só no outro dia é que tive consciência que era um Enfarte, na Unidade Coronária. Uma enfermeira falou comigo e perguntou-me: "A senhora tem consciência porque veio para aqui...", disse tudo, só que não adiantou nada porque na minha consciência, como ando aqui a ser tratada pela Drª X por ter as tensões altas, porque sabe nesta idade já nos preocupamos pela nossa saúde nunca pensei em coisas piores... nunca pensei que era um Enfarte. Mas não deprimi, sei que depois tive a preocupação de falar com a médica se o Enfarte seria grande ou leve e ela então disse-me que não podia dizer que era leve ou grave, só depois de um exame que ir fazer. Não pensei em nada deprimente, não senti angústia, fiquei normal como estava dantes.
E- Como explica isso, uma vez que antes de iniciar esta gravação me ter contado que tinha já tido uma depressão há alguns anos?
R- Por estar avisada já há muito tempo, porque claro, eu não me sentir bem. Procurei eliminar a cafeína, descansava, poupava o coração, às vezes o meu marido dizia-me: "tens tanto que fazer e estás aí tão descansada". Há muitos anos que me sinto cansada, procuro levar uma vida mais regrada, menos stress, embora o meu marido não goste de sair eu arranjo-me e vou ter com as minhas amigas... conversar... porque sinto que isso me ajuda, mais calma... venho outra... sinto que fico diferente... sabe, nunca trabalhei fora de casa, não saía. Agora que a minha filha se casou e os meus netos já estão grandes... comecei a pensar em mim... Nunca pensei que agora ia ter este problema, mas não estou preocupada. Sabe que na unidade sentia-me segura?
E- Porque "se sentia segura"?
R- Sentia-me muito acompanhada, as enfermeiras era muito próximas, muito amáveis, não era preciso chamá-las, muito competentes, não sei se têm uma preparação especial para estarem ali... os médicos, muito competentes... senti segurança porque me diziam "se sentir alguma coisa diga, que estamos sempre aqui. Estes foram os aspectos mais positivos... sabe, uma pessoa que tem esta doença precisa de muita atenção... se precisasse de falar com a minha família, o hospital ligava para casa e fiquei satisfeita por o hospital evoluir nesse sentido. O

ambiente da sala era também muito bom, muita higiene...

E- E experiências negativas?

R- Sinceramente, nenhuma.

E- Quais as implicações, as alterações, que esta sua doença terá na sua vida futura? Vida de casa, relações sociais?

R- O que preocupa é a minha casa, se já me preocupava, agora preocupa-me muito mais... é um 3° andar sem elevador, sempre temos que sair à rua.... fazer umas compras. Saber que tenho amigas que não podem ir a minha casa por causa das escadas, problemas de ossos, reumatismo.

E sabe, tenho uma filha que vive comigo e dois netos, estou morta que ela mude para a casa dela que já está pronta. Os meus netos são dois rapazes que sabe, andam sempre a correr, a saltar e isso já incomodava e me aborrecia e agora estão a piorar.

Não sei como resolver isto, não posso subir as minhas escadas e não queria ir viver com a minha filha... é que agora tanto eu como o meu marido já precisamos de descanso... e não gosto nada da forma como os estão a educar... é tudo muito complicado. Sabe, sempre me entendi bem com a minha filha, com o meu genro é que não... não é que nos dêmos mal mas eu calo-me a muitas coisas... tenho é que falar com ela para ver como hei-de resolver isto, sabe continuo a pensar que agora me tenho de preocupar mais comigo.

ENTREVISTA Nº 4 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 61 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: doméstica
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nada na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Quando eu tive esse ataque que eu nem sabia o que era, deu-me aquela dor muito grande... fui à urgência do Hospital de M.C., estive das 8H30 às 3H00 da manhã, fui assistida por um médico, já não me sentia bem e disse para eles que já me sentia bem e eles deixaram-me sair. Estive 2ª e 3ª feira, e depois tinha uma consulta marcada numa senhora Doutora, esperei até 5ª feira e ela disse-me: "a senhora está muito mal, teve um enfarte". Fui muito bem assistida pelo médico e enfermeiros e ali não me faltou nada, nada. Depois vim para aqui de helicóptero e ali encima onde estive internada também não me faltou nada, tive apoio de tudo.
E- Na Unidade Coronária?
R- Sim, na Unidade Coronária, tive apoio de tudo... e tinha às vezes pensamentos... sei lá, pensamentos sobre os meus familiares (pausa). Há oito anos... sou uma pessoa calma, não desabafo... em Outubro, um filho que tem tido problemas, vim dar com ele na droga, isto afligiu-me...
E- Atribui este problema de saúde a essa tensão?
R- Sim, hoje não há amigas, não há ninguém, ainda se riem das pessoas... e eu consegui tentar levá-lo por bem, por bem, e por bem levei-o ao médico, mas ele não quis ser internado, só me prometeu: "Mãe, eu vou deixar a droga". Graças a Deus já está melhor, todos os dias vai tomar os comprimidos a minha casa e estava a pensar: "irás ou não irás". Estes problemas não me deixavam sossegar...

E- Esses problemas ocupavam-lhe o seu pensamento?
R- Sim, muito, só me entregava a Deus... porque, sabe, quando era o meu filho... sabe, entregava-o ao Menino Jesus de Braga e ele deixou de fazer disparates. Rezo-lhe todos os dias... graças a Deus tem-me ajudado.
E- Quais as experiências positivas?
R- Fui bem tratada, comecei a melhorar, a senhora Enfermeira perguntava-me: "Está melhor?" e eu respondia: "estou", mas eu não estava, eu é que dizia assim ... mas graças a Deus melhorei. Sabe, a gente não se sentia sozinha, as enfermeiras estão lá sempre e os médicos é a mesma coisa e vi que se preocupavam com as queixas dos doentes. E isso é bom.
E- Quais as experiências negativas?
R- Não, não. Eu às vezes até me sentava na cama, estava lá um bocadinho e depois tornava-me a deitar e depois perguntavam-me "quer-se deitar?" e eu "não", então deixava-me estar mais um bocadinho, sobre essas coisas... não tenho queixa... só na primeira noite não consegui dormir nada... as preocupações, as máquinas, não sei... no outro dia já dormi um bocadinho.

E- Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura: vida de casa, família, etc.

R- Sabe, eu queria ir para um sítio onde ninguém me visse... houve este problema e depois deste haverá outros, ou com os filhos , ou com as noras ou com o marido... agora já não tenho forças... não sei como será a minha vida... os problemas para mim... e depois sabe o que é, eu estou metida ali, os filhos trabalham com o pai e com as máquinas e depois dois são amigos, outro não e depois um chega tarde, o outro já refila ... é assim, eu é que os ouço todos... pela minha vontade saía dali para fora e não queria saber de mais nada.

ENTREVISTA Nº 5 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 61 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: trabalhava em colchões - reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- **Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R- Com agrado tudo, fui bem cuidado lá, pelas enfermeiras, por todos. Que me recorde de coisas más, nada, porque quando fui para lá não me doía nada, estava como estou hoje. Naquele dia, naquele primeiro dia, deu-me de manhã, duas vezes, e há uma hora da tarde a 3ª. Como nunca tinha tido aquelas dores, resolvi ir ao hospital, fizeram análises e mais coisas e mais coisas e no Hospital de G. deram-me uma carta e vim pr'áqui... é o que tenho a dizer... agora vão-me fazer mais exames...
E- **Disse-me que na Unidade Coronária foi bem tratado. O que significa para si ser vem tratado?**
R- Pronto, elas fazem aquilo que lhe mandam. Mas vem tudo às horinhas e as enfermeiras são simpáticas, têm gosto em nos vir dar medicamentos, brincam até com a gente e tudo...
E- **Isso ajudou-o?**
R- Então não ajudou? Ajudou sim, ter bom coração, falar com as pessoas, ter uma palavra de amizade como elas fazem... e aqui também é igual. O que mais me custou foi estar na cama, estive lá dois dias sem me levantar, depois vim pr'áqui e só me levantei ontem, o que mais me custou foi não poder ver os meus filhos... a visita deles também ajuda , mas também uma hora e meia de visita como aqui também aborrece... e depois quanto mais tempo parece que piora as saudades, não é ao menos uma horita ou três quartos de hora chegava... não sei... Lá tiravam-me sangue várias

vezes, podiam tirar uma vez e acabou, não é? Mas não, tiravam as tensões, o electro, fui fazer um exame num aparelho, senti muito acompanhado.
E- **Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura, família, hábitos, etc.?**
R- Isto é uma doença perigosa.... eu também fumo e tenho ideia de não pegar mais em cigarros, desde sábado não fumei nenhum, se calhar é por estar aqui preso... tenho um colega meu que foi operado ao coração e hoje anda porreirinho também, pronto... hoje felizmente o que se via no meu tempo há remédios para tudo... se a gente for a tempo. Olhe vou levar a vida que levava é comer, é ir de casa lá para cima onde tenho um estaleiro, vir para casa para ver um bocado de televisão e cama... não vai ser mais nada. O problema de álcool, não bebo álcool que me faça mal... não vai alterar nada a vida, só se for no fumo... é o que penso, a não ser se a doença vier a ser mais crónica, que eu não sei...

ENTREVISTA Nº 6 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 65 anos
- **Habilitações literárias**: analfabeta
- **Sector profissional**: bordadeira
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nada na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Por volta do meio-dia, não eram 7, comecei a pentear-me e deu-me uma dor muito forte, estava a ser tratada por um médico e ele já me tinha dito para não fazer muitos esforços e para fazer aquilo que pudesse e pronto as filhas foram-me ajudando e fui andando.. A dor era muito forte, aqui nas costas e no peito... eu julgava que ia morrer, a senhora não faz ideia. As minhas filhas chamaram a ambulância e trouxeram-me aqui para o hospital... e eu muito aflita... deram-me umas injecções, e eu fiquei mais aliviada. Nesse serviço que a senhora disse onde estive antes, tive muita gente há minha volta... elas eram médicos, enfermeiras... eu fiquei mais calma, melhorzinha e entreguei-me aos meus santos, ao São Simãozinho, a senhora conhece? Ele já me fez dois milagres... eu tenho muita fé nele e recomendo-me a ele ... pois que havia eu de fazer...? Lá tive muito medo de morrer. Os médicos tinham-me dito que tinha tido um En... como é...
E-	**Enfarte.**
R-	Isso, um ataque de coração, não é? Pronto, eu pensei logo o pior... tive muita pena do meu marido, ele já tem 73 anos, das minhas filhas e dos meus netinhos ... ai que saudades... eu gosto tanto deles... sempre nos demos bem... ai que medo... a senhora sabe eu nunca estive num hospital ... e aquilo tudo, as máquinas, aquilo tudo assustava... o que valeu é que era tudo gente

	muito boazinha, as enfermeiras estavam sempre ao pé da gente, a cuidar da gente... muito atenciosas, não sabiam o que nos haviam de fazer mais... pronto, e eu fui-me sentindo melhor e acalmei-me... Agora estou bem, estou só à espera de fazer um exame...
E-	**E quais foram as experiências positivas, uma por exemplo?**
R-	Oh senhora, foi tudo, pois eu senti-me tão mal e pensei que ia morrer, depois vi-me salva...
E-	**E experiências negativas?**
R-	Ficar na cama, parada dois dias, senhora, isso pr'a mim é o pior... pois a senhora veja, eu pegava a bordar às 7-8 horas da manhã até 9-10 horas da noite...
E-	**Eram muitas horas?**
R-	Pois tinha que ser, eu trabalhava para uma senhora que vinha aqui ao Porto arranjar encomendas e quanto mais depressa as entregasse melhor... e eu também gosto do que faço, é uma paixão sabe? E nem se dá conta que o tempo passa... as minhas filhas é que tratavam da lida da casa...
E-	**Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura?**
R-	Já pensei nisso até... porque acho que já não tenho as mesmas forças nos meus braços... parece, sabe a senhora que sinto o meu corpo mais quebrado... e mesmo que pudesse não

podia continuar a trabalhar tanto... e depois a gente sofre de qualquer jeito... vou bordar alguma coisinha... mas nada como antes.

ENTREVISTA Nº 7 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 71 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: maquinista de mobiliário/ reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA

E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.

R- Começou com uma dor muito forte no peito, nos braços, faltava-me o ar, chamei uma ambulância e fui para o Hospital de G., lá fizeram-me um tratamento e de lá mandaram-me para aqui, lá cima para uma sala onde está muita aparelhagem.

Lá passaram-me ideias boas e ideias más, pensei que ia morrer mas felizmente não. Mas ideias eram mais para o mal, de fechar os olhos para sempre... mas aquela maquinaria, aqueles fios todos ajudam a salvar a gente.

As enfermeiras disseram-me que tivesse cuidadinho... "o senhor teve um Enfarte"... sabe, eu era muito mexido, mas agora tenho que cumprir as ordens dos médicos e enfermeiras.

E- Quais as experiências positivas?

R- A camaradagem das enfermeiras, eram muito amáveis, animavam muito as pessoas e diziam: "O senhor já está óptimo", mas era verdade senhora Enfermeira, eu já me sentia quase 100%, valeu a pena ter vindo para o hospital, senão tinha morrido.

E- Experiências negativas?

R- Olhe... querer fazer as minhas necessidades e não puder... isso é que me custava, a aparadeira... o urinol.

Olhe que eu acho que é preciso muita paciência no caso das enfermeiras, para serem agradáveis... ajudam e isso é muito importante... não estou a inventar, é pura realidade.

E- Quais as implicações; alterações que esta doença provocou na sua vida futura?

R- Senhora enfermeira, vão mudar certas coisas... às vezes haviam saídas com os amigos... mais um copito e tal... na Taberna e isso tem que parar... se os vir na via pública pois concerteza que converso com eles, mas tenho que olhar pela minha situação de saúde.

E- Vai contar aos seus amigos o que lhe aconteceu?

R- Pois claro, a verdade não custa nada.

Vou mudar de casa, tinha que sair de lá pr'a fora... sabe tenho um grande quintal, andava sempre a girar e agora o que mais me iria custar era ver o terreno a monte. A minha mulher e os meus filhos já estão a tratar de tudo... sabe, isto foi esforço que eu fiz... eu gostava de me entreter na terra, porque já estava reformado.

Levanto-me, tomo o pequeno-almoço e vou andar por aí a passear. No Inverno vai ser mais chato, não se pode sair de casa. Temos que nos limitar ao tempo que Deus manda.

Tenho também que ir mais vezes ao médico, a senhora Enfermeira veja que há dois anos que não media as tensões... a minha mulher bem me dizia: "Vai ao médico!" e eu respondia-lhe: "Oh mulher, se não me dói nada, para que vou eu ao dentista?" e é bem verdade que quando se torna velho se torna menino.

ENTREVISTA Nº 8 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 61 anos
- **Habilitações literárias**: analfabeto
- **Sector profissional**: trabalhador da construção civil
- **Estado civil**: viúvo

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Na 2ª feira estava descansadinho, porreiro, acordei às 6 menos vinte, muito mal disposto, com o coração muito apertado... queria respirar e não podia... passa-me do peito para os ombros... parecia uma corda... e eu sozinho... oh meu Deus, o que é isto? Veio-me assim uma coisa à ideia: "isto deve ser o que deu ao tio da minha falecida companheira". Chamei a minha vizinha, que tratou da ambulância... é claro que eles demoraram um bocado e eu já estava deitado e à rasca... Veio um indivíduo, pequenito, armado em bombeiro, sentou-me numa cadeira e durante a viagem ela andava para trás e para a frente e o moço que vinha ao lado não ligou nenhuma. A meio da viagem começou a pedir-me os documentos... e eu disse-lhe "então vai aqui um indivíduo às rasquinha com tanta dor e o senhor vem pedir-me os documentos?". Fui lá para baixo para o Hospital de G., deram-me uma injecções e a coisa começou a passar e foi então que me mandaram pr'aqui. Estive na Unidade Coronária na 2ª feira todo o dia e na 3ª e vim aqui pr'a baixo ontem. Lá correu tudo bem... com respeito a pessoal, enfermeiras, meninas, doutoras... tudo bem, tudo bem... eu já lá tinha estado há muitos anos, mas estava muito diferente, parece-me, olhe, nem sei... não me recordo bem... Foi tudo bom para mim. O que mais me custou foi aquele exame na máquina, quando me picaram

aqui na virilha... eu já aí com os sentidos perdidos... isso é que me custou... e a posição... foi a posição... depois passou-me... porreiro. Passaram coisas pela minha cabeça que não devia... não digo mais nada... a vida passa pela cabeça como um filme... eu nunca fiz mal a ninguém... toda a vida trabalhei para sustentar os meus filhos... lembrei de tudo desde pequenino.
E- Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura?
R- A mesma coisa, eu acho que já estava a contar com isto... eu já tive uma trombose... um derrame... era bom minha senhora que o meu filho arranjasse uma companheira... a senhora sabe, desde que a minha mulher morreu, eu é que faço tudo... a comidinha, a lida da casa, porque ele trabalha, ,mas ele tem uma cisma, não quer... de forma que não sei como vai ser...

ENTREVISTA Nº 9 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 77 anos
- **Habilitações literárias**: Licenciatura
- **Sector profissional**: Engenheiro mecânico (reformado)
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Eu tive uma dor muito forte, já tinha tido uma dor mas assim não... e como não passava... eu estava na dúvida se havia de vir para o hospital ou não... resolvi vir, tive de dizer à família que estava mal... cheguei à urgência, como tinha tirado há pouco tempo um electrocardiograma , estava bem, o meu coração funcionava bem, eles começaram lá na urgência a dizer-me que o Enfarte não devia ter sido às 6 horas como eu disse mas sim ao meio dia, mas a essa hora eu tinha ido à missa e estava perfeitamente bem, não tive dor, não tive nada até às 6 horas. Começaram a actuar rapidamente, baixaram-me as tensões e disseram-me "você tem que ir lá para cima, para os cuidados intensivos". Vim cá para cima, continuaram-me a medicar e nunca mais senti nada. Fui muito bem tratado, não senti nada, sofria de Enfizema e Bronquite, fizeram tratamento com Medrol e passou-me tudo. Quando cheguei à Unidade pensei que "é pr'a morrer", confesso que fiquei um bocado acobardado, senti-me sozinho e pensei "posso morrer de um momento para outro, se isto me dá outra vez morro aqui sozinho como um cão"... passei muitas horas desagradáveis, mas lá foram passando... depois tive que fazer um exame, tive que assinar... um exame que metia uma sonda por uma artéria e tal...
E-	**Cateterismo cardíaco?**
R-	Sim... cate... rismo. Estou habituado a estar sozinho... nas horas da visita lá iam a minha mulher e os meus filhos verem-me... e eu realmente pensava "ninguém me diz nada, foi preciso arrancar tudo à força... não sei a que estou condenado... não sei se estou bem, se estou mal".
E-	**Sentiu falta de informação?**
R-	Sim, soube por informações transversas que tudo estava a evoluir bem, não foi preciso fazer o exame... senti-me sozinho, senti... o que é que eu hei-de fazer. Tive fases que estive eufórico, sentia-me bem... a questão é que a gente se sinta bem fisicamente. Tive que estar deitado... gostava mais de estar em casa, não é?
E-	**De quem esperava a informação de que necessitava?**
R-	Dos médicos principalmente, então interessava saber que havia hipótese de tomar um medicamento para actuar na altura se me repetisse, o que tenho de fazer... o que me espera, não é...
E-	**Quais as implicações, alterações que esta doença irá provocar na sua vida futura?**
R-	Não sei... eu acho que tenho é que fazer mais, não é? Tenho que andar, eu não andava nada, de resto não vai haver mais alterações na minha vida... se viver mais uns anitos é tudo, é tudo lucro... gosto de viver com a minha família toda à minha volta... Está a ver, gostava de

a ter tido lá há mais tempo ao pé de mim... Queria-lhe dizer também que o facto de ser católico me ajudou muito, foi uma luz na travessia deste deserto...

ENTREVISTA Nº 10 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 46 anos
- **Habilitações literárias**: 12º ano
- **Sector profissional**: Vendedor de livros técnicos de Medicina e Enfermagem
- **Estado civil**: divorciado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Eu fui tomar café de manhã e senti uma dor muito forte no peito, deixei de sentir o braço, uma tonturas na cabeça, a pele muito branca e muitos suores frios... percebi logo que estava a ter um Enfarte e como na minha idade são sempre muito perigosos... matam... fui de carro até a casa de alguns familiares... senti que devia despedir-me deles enquanto tinha tempo... Quando cheguei a casa do meu irmão, contei-lhe o que me estava a acontecer e convenceu-me a ir à urgência do Hospital de G.. Quando lá cheguei disse ao empregado da recepção que estava a ter um Enfarte e que tinha de ser imediatamente visto por um médico. Ele não me deu muita atenção mandou-me assentar e aguardar. Eu cada vez me sentia pior, vi passar um médico, agarrei-me a ele e disse-lhe "ajude-me que estou a ter um Enfarte". Ele levou-me para dentro, só me lembro que me ajudou a deitar numa marquesa e que começaram a fazer um electrocardiograma... nesse momento tive uma paragem cardíaca.
E-	**Apercebeu-se da situação?**
R-	Vi muita gente à minha volta, muita atrapalhação, perdia a vista, tudo era escuro, comecei a ouvir mal, a desfalecer, mas dentro de mim havia uma força que lutava... sei que me levaram para uma sala de ressuscitação e me reanimaram. Quando vim a mim, senti uma alegria imensa por estar do lado de cá... Sabe que a morte numa situação aguda é assim... assim tudo tão rápido... que não há sofrimento... não sei bem explicar... Depois mandaram-me para a Unidade Coronária, fizeram-me o cateterismo cardíaco, disseram-me que retiraram alguns coágulos e me dilataram uma artéria e agora estou bem. Enquanto estive na Unidade Coronária senti-me ansioso, sabia que neste período poderia surgir novo Enfarte ou outras complicações... mas por outro lado sentia-me seguro porque sabia que ali se me acontecesse alguma coisa, havia todos os meios e condições para me socorrerem e se não fosse possível... paciência (...), já sabia como era e o melhor era aguardar ... senti que quer os médicos quer os enfermeiros eram muito competentes, tanto no aspecto técnico como humano... isso via-se, sentia-se e deu-me muita confiança – tudo seria feito, tenho a certeza.
E-	**Quais as experiências que retém como positivas e negativas?**
R-	Em primeiro lugar, como negativo, o ter estado do lado de lá e os momentos anteriores; como positivos, "o ter voltado à vida" e toda a dedicação dos médicos e enfermeiros e o terem-me contado toda a verdade desde o primeiro momento...
E-	**Considera, que mesmo num momento crítico como o que vivenciou, "saber a verdade" é importante e positivo?**
R-	Sim, acho... eu sabia o que estava a acontecer, as dúvidas que me iam surgindo eram-me respondidas e isso fazia sentir-me... confiante e ia-me preparando... com outro tipo de

pessoas, talvez algum familiar que esteja a par do problema e que vá dizendo da melhor maneira... sabermos que nada está a ser escondido é muito importante.
Queria também salientar a camaradagem, a solidariedade entre os doentes que estávamos lá internados, foi muito bom mesmo.

E- Quais as implicações que esta doença irá provocar na sua vida futura?

R- Mudar muitos hábitos, na comida, no tabaco, eu andava muito tenso, com alguns problemas pessoais que talvez tenham contribuído para tudo isto. De resto, vou continuar a minha vida profissional, encontrar-me com os amigos e nas patuscadas vou ter mais cuidado... "amigos, amigos, negócios à parte".

ENTREVISTA Nº 11 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 70 anos
- **Habilitações literárias**: analfabeto
- **Sector profissional**: metalúrgico/reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Praticamente o que tive foi o seguinte: Eu desde sempre fui uma pessoa optimista e de maneira o que eu senti foi enfrentar o que viesse, porque não havia outra alternativa, portanto aceitei tudo de boa vontade o que me tinham dado e (sorri) e claro de lá saí para aqui e estou a ser tratado também, não tenho nada mais a explicar.
E- Quando lhe disseram que tinha tido um Enfarte, o que pensou?
R- Bom, pensei... sabe uma pessoa pensa sempre coisas que às vezes podem prejudicar as pessoas.
E- Por exemplo?
R- Por exemplo, pró futuro, se uma pessoa teve um enfarte e não fica bem, agora cada vez mais traz mais problemas, as crises são assim e se agora já são muitos e daqui para a frente ainda vão ser mais, claro que é mau, mas em todo o caso, é isto, não...
E- Não se assustou?
R- Não.
E- Aceitou bem, então?
R- Aceitei, então! Se são coisas que vêm para a gente, o que é que a gente há-de fazer.
E- Achou que era mais um problema para si?
R- Concerteza, pois.
E- Tem alguns problemas pessoais?
R- Tenho muitos problemas, Problemas de Saúde comigo, já tive uma infecção no pulmão, já estive bastante ruim. A minha mulher também, ela não pode, é tratamentos, tratamentos e mais tratamentos há mais de 30 anos. Claro que dificuldades para a puder ajudar e eu não posso e
já pedi à assistência social para ver se alguém a pudesse ajudar e recusou sempre
E- Vivem sozinhos?
R- Vivemos, tenho filhos mas cada um anda na sua vida... quando cá vêm ajudam, mas claro é raro.
E- Quando teve o enfarte sabia bem o que lhe estava a acontecer?
R- Então, de princípio não disseram que era um enfarte, que podia ser, mas depois seguindo os exames acabaram por concordar que era. Uma vez que era, disseram logo que tinha de ser transferido. Que é que eu pensei: "olha tenho que ir para outro lado onde seja mais bem tratado, pois é claro. Depois, não é um caso que me traga problemas porque eu já tenho estado em grandes hospitais, infelizmente... já estou habituado. É por isso que não me assustei nada.
E- Que ideia tinha sobre o Enfarte?
R- Praticamente o que era não sabia, fiquei sabendo que depois um médico me disse que era

uma artéria entupida no coração e que ia tentar desbloqueá-la e eu disse: "pois está bem", desbloquear é bom. Se não desbloquear pode ser pior, mas é claro, uma pessoa, uma pessoa pode andar à sorte, de qualquer maneira uma operação não é uma coisa como uma peça de ferramenta que se pega na mão e... (ri) ou se dê uma facada, ou se meta um parafuso ou coisa assim. Ora, portanto, são coisas que são da mão deles, não é. Não, não me assustou nada, nada mesmo.

E- Não se assustou por já ter estado como disse em tantos hospitais, ou porque não sabia bem o que era?

R- Por um lado porque já tinha estado em vários hospitais e por outro lado hoje actualmente confia-se mais na medicina, porque a medicina hoje está muito avançada e eles hoje fazem muita coisa. Por mim estou muito do lado dos médicos, embora há muitos médicos sapateiros, mas, mas a maior parte são muito competentes...

E- Quando teve o Enfarte onde foi atendido?

R- Nas urgência de V.F. Senti que estava muito mal, muito mal e não podia tomar folgo, e nem podia endireitar para cima, tinha as costelas, a carne parecia toda descolada das costelas, não tinha nada agarrado às costelas, não tinha posição absolutamente nenhuma, não podia estar deitado, não podia estar sentado... Não vim logo para o hospital, estava a ver se passava... não me ia

apresentar sem ter uma justificação, ora claro, depois a minha filha foi lá a casa e disse: "vamos embora" e obrigaram-me a vir.

E- Devia ter vindo mais cedo?

R- Justamente, devia ter vindo antes um dia, está certo. Uma pessoa está sempre à espera da última moda como diz o Bucage e então estava a ver se passava... e depois mandaram-me para aqui.

E- Esteve quanto tempo na Unidade de Cuidados Intensivos?

R- Dois dias.

E- Conte-me a sua experiência durante esses dias: as sensações físicas, os pensamentos, atitudes e até palavras.

R- Passou pela cabeça que estava a ser bem tratado e que bem tratado, isto é, exames sempre pegados e gente de volta de mim, é claro que eles para andarem lá têm de andar a fazer alguma coisa, pr'a lá dos exames, comprimidos, medicamentos e não faltou nada. Senti-me tranquilo, seguro, senti-me que podia estar descansado, claro, estava na mão deles, podia estar descansado. Quando acontece estas coisas a gente põe tudo de parte. Uma pessoa da minha idade, 70 anos, o que é que uma pessoa há-de esperar? Nada. Uma pessoa agora é um bocadinho de saúde e comer, beber, passear um bocadinho se pode e pronto. Sou uma pessoa que pensa, que quem cá ficar decide muito bem, as coisas como dever isso, as decisões deixo-as pr'ós outros, não é isso que me preocupa. E se morrer é só na hora. Uma pessoa se vai pensar em morrer antes então o que vai ser.

E- Vejo que a morte também não o preocupou?

R- Não e nunca me vai preocupar.

E- Disse-me que na Unidade se sentiu bem tratado e acompanhado. Estava-me a falar também dos enfermeiros?

R- Os enfermeiros eram muito competentes, sempre em tudo.

E- Competentes, mas como?

R- Em tudo, serviçais, sempre que é preciso alguma coisa basta uma pessoa chamar que elas estão logo de volta a ver o que é preciso, muito, enfim... Já estive aqui há dois anos, aqui numa unidade, que era dos pulmões, tive uma infecção pulmonar e houve algumas que não gostava delas, pronto, chamava-lhes tractores, mas aqui não. Toda a gente foi porreira, toda a gente colaborou, não posso dizer o contrário daquilo que se passa

comigo. Aqui foram atenciosas em tudo. Quer dizer que uma pessoa passa a ter confiança nas pessoas, muita confiança.

E- Nesses dias, quais foram as experiências negativas?

R- Nada, sou muito paciente. Nada. Problema nenhum.

E- Estava a par do que se passava consigo, explicaram-lhe tudo?

R- Sabia, o que me explicavam sabia, nem tudo explicavam, claro as coisas são assim, mas ouvia e eu ficava bem, nunca me atrapalhei eu sentia que estava em boas mãos, desde que estou em boas mãos, deixo correr, não fico atrapalhado.

E- Que implicações pensa que o EAM vai ter para o seu futuro?

R- Pró futuro não sei, acho que não vou ter problemas, mas na minha idade isto é mais ano, menos ano. A vida não vai mudar, enquanto tiver vida a vida segue. Cuidados já tenho há muito tempo, ando a comer dieta há muito tempo, procuro não abusar, enfim, com certas comidas, certas bebidas, isso já está...

ENTREVISTA Nº 12 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 54 anos
- **Habilitações literárias**: curso geral dos liceus
- **Sector profissional**: polícia reformado, actualmente angariador de seguros
- **Estado civil**: casado, após viuvez

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Eu estava em casa, jantei como de costume, 9H e só me deitei por volta da meia-noite. Estava bem disposto, não tinha problemas nenhuns, nunca me tinha debruçado sobre o que era efectivamente um Enfarte, do que ele resultava e, como lhe digo, depois de me deitar à meia-noite, depois de adormecer, à 1H e 15 minutos, acordei e senti uma dor no peito que, poucos instantes depois, passava também para a coluna, para as costas na parte cervical, mas como eu fui operado à coluna eu pensei que fosse algum problema que tivesse surgido na zona da operação. Senti também dores, aquele mal-estar, acordei, pus-me a pé e nunca pensei que fosse alguma coisa a ver com o coração. Sentia um aperto, uma dor constante, mais centralizada sobre o externo, mas que vinha para as costas, assim como que um formigueiro, assim a picar, mas apertava. Deitei-me e levantei-me seguramente 4 a 5 vezes entre a 1H e 15 minutos, e às 3 horas, hora a que vim para o hospital. Como não conseguia adormecer e não imaginava que fosse uma coisa com tanto perigo, peguei mo carro e vim para o hospital de Gaia, para a urgência. Vim com a minha mulher, entrei e disse o que sentia e uns 15 dias antes, tinha apertado a parte esquerda do peito numa cadeira de madeira e debruçar-me e esmaguei aqui e então pus-me a pensar que seria daqui. Fiz uma radiografia e não tinha nada. Sou entrevistado por um médico, o que aconteceu e não aconteceu, ah, mas eu tinha vomitado em casa, por duas vezes eu
vomitei, bebi água e tomei um comprimido que não me recorda o nome, mas para as dores, a ver se passava. No hospital, nunca me disseram nada do que se tratava, tiraram-me uma radiografia aos pulmões, não acusou nada, fiz análises perto das 11 horas, a minha mulher esteve sempre à espera na sala-de-espera e por volta das 11 horas da manhã, vieram dizer à minha mulher que ia ter alta. Ela preparou-se para me ir buscar em OBS e depois chega lá a notícia de que já não era para ir embora, continuando a não saber do que se tratava. Não sabiam se era angina de peito... acho até que nunca me chegaram a falar em Enfarte. Fui transportado numa ambulância aqui para cima, fui ali para os Cuidados Intensivos e estive sempre bem, assim como estou agora... A Srª Drª fez-me vários, vários... 4 ou 5 electrocardiogramas, tiraram-me análises, perguntei o que tinha e inicialmente não me disseram o que era, que estava em estudo. A ver o que era... e já à noite foi que um Sr. Dr, um senhor novo é que me disse que tinha tido um pequeno enfarte e que tinha que fazer vários exames para detectar o que era. Encontro-me aqui e continuo a pensar que não tenho nada.
E- E quando lhe disseram que tinha tido um Enfarte, o que pensou?
R- Não reagi e porque nem sequer imaginei... e continuo a pensar: "será que o enfarte será assim uma coisa tão perigosa". No próprio dia que eu estava lá em cima deitado na cama,

estava a dar a Praça da Alegria e, calhou... em que um Sr. Dr. estava a explicar que o enfarte é uma das principais causas de morte, mas eu não reagi, não sei, não sei... não tenho qualquer...

E- Não se convenceu?

R- Convencer, convenci. Eu já estive aqui a conversar e eu já disse aos Srs Doutores: "Eu não sinto nada, eu não tenho problema, para não me deixaram ir embora?" "O Sr. não imaginava sequer o que tem". Não me convenço que seja assim uma coisa tão má, tão perigosa... eu estou à vontade, eu sou um indivíduo que digo que não tenho medo de morrer desde que morra de uma vez só, tenho medo é de ficar a sofrer... agora de morrer se tiver de morrer, se cair pr'ó lado acabou, paciência! Não há problema nesse aspecto.

E- "Ficou tranquilo"... Será que no fundo também não queria acreditar?

R- Se calhar... já estive perante factos graves já, mas não imagino... não estou com aquele receio: "agora vou morrer". Quando fui operado à coluna fui eu que pedi ao médico que queria ser operado, não podia estar naquele sofrimento. Ainda não me convenci verdadeiramente que tive um enfarte, é verdade, agora já me explicaram o que é o enfarte, como não é o enfarte... só depois de ver o resultado do cateterismo e ver lá se tenho uma veia entupida, ou não. Tenho é que me convencer: "ver para crer". Depois de me dizerem está a ver... o resultado, então alto... vou ser eu que vou ser o meu médico. Não fiz nada, não sou gordo, não fumo, não como... gosto de comer o que me sabe bem mas não vejo que seja um indivíduo que em relação a muitas outras pessoas que eu conheço... só que me emociono muito. Eu, com qualquer coisa choro, mas é com a miséria dos outros, na televisão a ver desgraças eu sinto os problemas dos outros, sou muito fraco, dói-me mas comigo não... já tive situações de não conseguir abrir as mãos de nervos, situações de entrar em estado de desespero... quando a minha outra mulher adoeceu e morreu...

E- Conte-me a sua vivência na Unidade, As experiências positivas e negativas.

R- Bom... eu não tenho melhor que dizer e aqui também, mas mais em acima. O pessoal é formidável a nível dos médicos ... da Srª Drª que me atendeu e o médico à noite, quase que só o vi uma vez a nível de médicos e de todo o pessoal de enfermagem, se tivesse que dizer dava o máximo da pontuação, foi formidável.

E- O que valorizou mais?

R- Eu vi uma coisa que me sensibilizou bem, antes do Sr da cama A entrar, lavaram, desinfectaram... a cama tinha sido acabada de fazer por uma empregada mas por qualquer razão antes de ele chegar, a roupa lavada tiraram-na, meteram-na no saco e lavaram-na por baixo e por cima... eu achei bem, que havia higiene, era bom. A amabilidade é uma das coisas que eu já conversei aqui. Às vezes o médico e a enfermeira podem não ser competentes profissionalmente mas se forem agradáveis é meia cura para os doentes... e é uma coisa boa... que eu vi aqui. A maneira de ser, o agrado, o carinho com que tratam as pessoas... muitíssimo mesmo.

E- Enquanto lá esteve, sentiu-se acompanhado?

R- Sempre, sempre, sempre acompanhado. Foi uma coisa que notei. Não largam uma pessoa, "se precisar não se preocupe"... e tal... e eu dizia: "mas eu não estou assim tão doente para estarem assim com tanto carinho com...".

E- O que lhe custou?

R- O que me custou lá, foi ver os problemas... estava lá um senhor muitíssimo doente, aquilo estava... a viver a vida dele... o que me custa a mim, custa mais que eu acho que devia haver e não há camas suficientes... é quase como nas cadeias, as pessoas não deviam estar muito...

E- Muito próximas?

R- Muito próximas, porque vive-se, no meu caso concretamente vive-se os problemas dos outros... estava a sentir o sofrimento dos outros. Se calhar estas pessoas deviam estar isoladas, por quartos, sei lá... para o caso eu não estou com este pensamento, mas em frente estava um amigo velhote com 77 anos que tinha um medo de morrer tremendo e eu brincava com ele... paciência, a gente tem que ir um dia.

E- Então essa foi a sua experiência negativa?

R- Foi ver, ver as pessoas a sofrer muito e as pessoas não lhes puderam valer... e fiquei...

E- Quais as implicações, as alterações que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- Isso agora não sei, não pensei... melhor, já pensei, se tiver que deixar o serviço que faço, deixo. Estou reformado e apenas trabalho para passar o tempo e ganhar mais algum, é lógico, mas para passar o tempo, quase que não tenho que dar contas a ninguém, tenho responsabilidade própria, mas tem as suas preocupações.

ENTREVISTA Nº 13 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 77 anos
- **Habilitações literárias**: 3ª classe
- **Sector profissional**: encarregado de construção civil - reformado
- **Estado civil**: viúvo

ENTREVISTA
E- **Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R- Vim mesmo na horinha. Na quarta para quinta-feira, eram 4H30 da manhã, acordei com umas moedeiras aqui no peito, assim uma coisa piquena, parece que estou a sentir-me assim, não sei como, alevantei-me e começou-se a atacar, mas atacou-me bem, mas como sou viúvo e estou sozinho, fui fazer chá pró coração, tomei o chá mas nada adiantou, a bem dizer não fez nada. Começou a atacar, a atacar. Pus um comprimido debaixo da língua prá angina de peito, não adiantou nada, caí pró chão lá... fiquei muito atordoado e logo que pude recuperar botei a mão ao telefone, telefonei ao meu vizinho, veio logo a correr, vestiram-me, botaram-me dentro do carrinho e vieram trazer-me pró Hospital de G.
E- **Quando o médico lhe disse que tinha tido um Enfarte do Coração, o que vivenciou?**
R- O médico não me disse bem que era Enfarte, só me disse que tinha "você deu um pontapé na morte, veio mesmo na horinha". Trouxeram-me aqui pra cima, deram-me injecções pr'aqui, pr'acolá, oxigénio, tudo a trabalhar... e passado pr'aí meia hora, passou a dor, eu já nem falava e mal via, não é... depois meteram-me nas máquinas. Proibiram-me de ir ao quarto de banho, de andar a pé. Depois, no outro dia, lá me disseram que tinha tido um Enfarte... um ataque no coração e que estava melhor, "você deu um pontapé na morte". Praticamente o pessoal, os médicos e as enfermeiras e as máquinas são uma categoria. Só tenho é que dizer bem.

E- **O que mais lhe agradou?**
R- Foi tudo, o falar, "está está melhor, não tire isso, põe aquilo, ele vai ficar bem" e depois as máquinas ali a trabalhar sempre ali aquilo... de noite e de dia, sempre ali à minha beira... por acaso é verdade.
E- **E isso mantinha-o calmo?**
R- Sem dúvida nenhuma, "o senhor não se enerve, coisíssima nenhuma, a gente está aqui assim que é pr'a você melhorar o melhor possível e ficar bom, você vai ficar melhor".
E- **E quais foram as experiências negativas, as experiências que lhe custaram mais?**
R- Foi, como lhe digo, o meu sofrimento, que não foi pequeno, cuidava estar hoje morto e enterrado no cemitério de O. do D. Pr'a mim não pensei noutra coisa, não pensei noutra coisa, eu...
E- **Teve muito medo de morrer?**
R- Medo? Sem dúvida nenhuma, eu pedia a Deus, ainda hoje peço que me deixasse chegar até aos 2000... ao ano 2000, ver o ano 2000, era isso que eu queria, mas Deus que fizesse o que quisesse que eu já não me importava nada... era sempre aquilo : "não chego aos 2000, não chego aos 2000", sempre com a palavra na minha boca, "Jesus salvai-me, Jesus salvai-me", era aquilo...

E- O senhor é muito religioso?

R- Sou... (chorou), sou muito católico, sou crente em todos os discípulos de Jesus, tudo, tudo, tudo, isto foi como um milagre.

E- Quais as implicações, as alterações que esta sua doença irá ter na sua vida?

R- Que vai ser da minha vida? Agora quando sair daqui..., vai continuar como antigamente, a mesma coisa, só, quer-se dizer, eu tenho 77 anos e estou com a ideia de arranjar ainda uma companheira, não é, porque a senhora está a ver, eu sozinho... se não tivesse ali aquelas santas vizinhas e os vizinhos são como filhos meus... eu morria lá dentro e ninguém sabia se eu estava morto, se estava em casa, eu deixava estar... agora era capaz de estar lá morto... eu assim se eu arranjar uma companheirinha sempre tenho quem olhe por mim, se me der qualquer coisa que me deite a mão.

ENTREVISTA Nº 14 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 42 anos
- **Habilitações literárias**: Curso Geral do Comércio
- **Sector profissional**: instalador de equipamentos de hotelaria
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- **Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R- Entrei na 5ª feira na Unidade de Coronárias, já cá tinha estado em Outubro com uma angina, há 7 anos que a tenho, e quando senti a dor... eu desconfiei o que era, porque o meu médico me tinha prevenido... quando me deu a dor, pus o comprimido debaixo da língua, um, dois, três e a dor não passava, eu vim logo para o Hospital. Passou-me pela cabeça... não sei bem, eu tive medo da primeira vez. Não tinha tanta informação sobre o enfarte, agora já sei mais, tenho mais informação, por isso vim logo... há pessoas que se aguentaram, que só ao fim de uma dia, umas horas largas é que vêm, não é... para mim não.
E- **Não se assustou?**
R- Há 7 anos que lido com estes problemas. Há 7 anos que ando aqui.
E- **Que experiências vivenciou na Unidade? Fale-me das suas experiências positivas e negativas.**
R- Olhe... pensamentos: "queria sair dali o mais rapidamente possível", mas não podia ser... Na altura que me deu o enfarte fumava, tomo 5, 6, 7 cafés, de maneira que a doutora disse que tinha que deixar...
E- **O facto de ter uma Angina de Peito, ajudou-o a adaptar-se a esta situação?**
R- Sim, habituei-me a lidar sim. E se nós não nos habituarmos a lidar com um problema que temos "somos malucos", temos que entendê-lo e lidar com ele. Quando se pode... quando não se pode... paciência... porque eu tenho um estilo de vida que para a doença que tenho não é muito famosa, mas

para o período que estamos, quer dizer... faz-se possível. Pensei na minha vida, no que poderia mudar... enfim...
E- **Pensou então no que poderia mudar, e não teve outras preocupações, outros pensamentos?**
R- A partir do momento que me vi livre de perigo, livre desta não pensei... a não ser que me deia outra e que venha por aí fora... não sei. Na altura não foi.
E- **O que valorizou como experiências positivas?**
R- Isto é uma doença do dia e todos os dias estão cá a entrar amigos e é preciso levantar o moral pr'a cima... é muito importante para quem tem uma doença cardíaca. Admirei muito a equipa de Enfermagem das coronárias, a atenção e os cuidados que têm com os doentes... estão lá sempre ao pé de nós e se não estão a gente chama e elas vêm logo. Senti-me acompanhado, não tenho queixas... o que me custou mais foi estar 2 a 3 dias na cama sem fazer nada... de resto nada mais.
E- **Quais as implicações, as alterações que esta sua doença irá ter na sua vida?**

R- Olhe, estou a pensar... não sei como vai ser...
E- Está ainda a pensar?
R- Estou... a pensar e vou ter de falar com o meu médico de família... é complicado, não sei bem.

ENTREVISTA Nº 15 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 64 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: empregada doméstica
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Quando me deu aquilo nunca pensei que fosse um enfarte, começou com aquela aflição, aquela dor tão grande no coração, que eu sei lá... só me apetecia fugir lá para fora, mas fugir, mas ao mesmo tempo estar lá porque não tinha forças para fugir. Os médicos foram muito bons, as enfermeiras também, muito atenciosas, muito educadas... agora tenho que me convencer... Aí, eu dizia que não podia ser, que estavam doidos porque eu nunca tinha sofrido do coração, como é que podia agora sofrer, na minha vida! Eles a verem que eu estava a ter um enfarte, são uns momentos muito críticos, que a gente nem sabe bem, bem explicar, é uma aflição, um mal-estar devido aquela dor que dá, por mim não tem explicação é horrível, a gente pensa que vai morrer. É engraçado que a gente diz que quer morrer, mas naquela altura com aquela aflição já ninguém diz que quer morrer, eu pelo menos. Eu não queria morrer, só pedia a Deus que me ajudasse a passar aquela aflição tão grande que eu tinha e já ontem me deu outra... dizem que é tudo devido à anemia e agora, amanhã já vou pr'o outro lado, ando nisto.
E- Quando esteve internada na Unidade Coronária, quais foram os seus pensamentos, as suas atitudes, as palavras, as suas experiências positivas e negativas.
R- Estava lá só uma enfermeira que era muito má, que me fez estar assentada em cima... assentada porque eu não faço xi-xi sentada, prontos
assentada eu não consigo, prontos e naquele dia cismou que tinha que fazer e teve-me assim hora e meia, pronto... e não fiz xi-xi nenhum... de resto, foram todos muito bons. As outras eram todas muito amigas, muito cuidadosas, sempre a ver se a gente tem tudo direitinho, se falta alguma coisa, são uma excepção, nunca vi assim um hospital. Elas diziam-me que devia estar quietinha, que podia vir ao chão, não podia fazer nada, estar ali e fazer aqueles tratamentos... são diferentes, não sei...
E- E pensa que as enfermeiras que trabalham nesses serviços têm que ser diferentes?
R- Eu penso sim, porque estamos mais dependentes delas e se elas não têm um bocadinho de carinho, de cuidados e assim uma pessoa vai mesmo abaixo de todo. Não tem os familiares, não é, são 10 minutos e saem e depois vemo-nos assim sozinhos, sem ninguém, numa coisa estranha que nunca estivemos, a gente sabe que a nossa casa é a nossa casa, não é, por muito mal que a gente esteja e se não há carinho que vai ser da nossa vida? Elas estão sempre junto de nós, ou por perto, e quando me deu aquilo outra vez à noite e se não estivesse uma à minha beira tinha morrido... dá muita segurança, sabe a senhora!
E- E o que mais lhe custou, para além daquela situação que me contou?
R- Foi estar deitada. A gente não está habituada, a gente está habituada a trabalhar e depois ter que estar ali sem se mexer aquelas horas de costas, é horrível... e sabe também senti a falta

das minhas filhas...

E- Diz-me que sentiu a falta da sua família. Acha que nessas unidades poderia lá estar algum elemento?

R- Sim, sim, era o que faltava... apesar de tudo, olhe é a família, pronto. É tudo muito estranho, olha-se para todo o lado e não se conhece ninguém. Só o carinho delas e a gente sentir a presença daquele familiar ali ajuda muito... uma pessoa está mais descansada, parece que está... como é que eu hei-de dizer, como que um anjo a proteger-nos, que já não nos vai acontecer nada de mal, pelo menos é o que eu penso, como já ajudei tanto as minhas filhas tenho a certeza que elas fariam tudo por mim. E eu ali sozinha... muito triste, pronto.

E- Quais as implicações ou que alteração que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- Na minha vida, acho que não posso mais trabalhar, canso muito e depois estar lá em casa muitas horas, que toda a minha vida trabalhei, vai ser muito difícil, vai-me custar muito... sinto-me sem forças...

E- Como vai ocupar o seu tempo em casa?

R- É uma pergunta que faço a mim mesma... "Que é que hei-de fazer?" Tantas horas! Sempre desde nova trabalhei sempre, sempre... a minha vida, não sei o que vai ser. As filhas dizem que vai correr tudo muito bem, "a senhora vai dar de manhã um passeiozinho, vem para casa e depois volta a sair", eu depois de estar em casa vou voltar a sair, a arranjar-me... não me vejo capaz, nem forças, nem vontade, vai ser uma vida muito triste, a gente quando trabalha tem conhecimentos, falamos uns com os outros. E eu que nunca estive em casa... tenho as minhas vizinhas, que as conheço, mas não posso dizer que lhes tenho amizade, é bom dia, boa tarde... e ia de manhã e vinha à noite, a minha vida era o trabalho. E o meu marido está mal da cabeça, toma muitos remédios pr'á cabeça e ficou meio tolo... nem companhia tenho pr'a poder desabafar porque ele é que está mal, não sou eu... Tem isto, tem aquilo... as minhas filhas trabalham todo o dia... não sei como vai ser, ir pr'á cama, ter que fazer o comer pr'a mim, pr'ó marido, não me estou a ver... Ó, a minha filha me cozinha, ou não me estou a ver a cozinhar.

E- Parece-me desanimada?

R- Mesmo muito... (chorou).

ENTREVISTA Nº 16 – H.G.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 70 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: industrial/reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Saí de casa muito bem e depois ao chegar a casa, ao abrir os fechos da garagem, senti aqui um aperto (aponta para o peito) e pensei: "não estou bem" e subi umas escaditas e tal e disse à minha mulher: "eu não estou bem, estou a transpirar tanto, isto é demais". Ela chamou um amigo meu e trouxe-me para o hospital de G, e mandaram-me logo lá pr'a cima. Nunca pensei em morrer, não me assustei muito porque me deram logo qualquer coisa, umas injecções, etc., abrandaram-me logo as dores...
E- Costuma reagir sempre assim?
R- Eu sou sempre assim, senti que era perigoso, mas estava sempre, sempre com aquela esperança, a esperança é sempre a última coisa não é? Sou católico, não é? Estou aqui sempre no Monte da Virgem, faço parte da Confraria e agarrei-me a Ela, é um alívio... cada um tem as suas ideias, não é?
E- Quais foram as experiências que considera positivas, na Unidade Coronária?
R- O pessoal gosta de trabalhar com os doentes, admirei-os muito quer médicos quer enfermeiras, quer tudo. Já estive neste hospital três vezes... mas lá é diferente, aquele carinho! Não falta nada ao doente, enquanto uma vez que tive que ir ao quarto de banho elas estiveram à minha espera, muito atenciosas todas... diziam-me que "ia passar", que "ia passar", e passou. Eles são outra família... sabe? fazem-nos na ocasião o que a nossa família não pode.
E- E quais foram as experiências negativas, o que lhe custou mais?
R- Vivo com a minha mulher e todos os Domingos vou ao Monte da Virgem e tomamos um galãozinho e umas torradinhas, não fazendo isso para ela já não é Domingo. Ela ao meio da semana já me anda a dizer: "Hoje já é quinta-feira", está à espera do Domingo... custou-me muito não lhe puder satisfazer essa vontade... coitada...
E- Não tem outras experiências que queira contar?
R- Não, são... só isso.
E- Quais as alterações, as implicações que esta sua doença irá provocar na sua vida futura?
R- Vai continuar tudo na mesma, se eu continuar com saúde, só se o médico me proibir de alguma coisa, subir escadas, descer escadas. Se ele me disser "não pode sair de casa" e tal, altero. Tenho lá umas pombitas para me entreter, mas elas é que correm, não sou eu (ri) e tenho lá uns amigos e sentámos às vezes à porta a conversar. É assim, sabe?

ENTREVISTA Nº 17 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 52 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: comerciante e do ramo alimentar
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Eu gostei de tudo, fui bem recebido, fiquei assim meio impressionado, apanhei um choque quando fui pr'á... como hei-de dizer... pr'á clínica e que me disseram: "você já não pode conduzir porque sabe, não está em condições, é melhor chamar uma pessoa de família, ou uma coisa assim", fiquei assim um bocadinho coisa, mas depois estava bem, disseram que não era nada de preocupante e o que era preciso era ir acompanhado e coisa e pronto, eu vim pr'aqui e fui bem recebido, portanto...
E-	**Na urgência?**
R-	Foi, também fui lá atendido rápido.
E-	**Disseram-lhe que tinha tido um enfarte na urgência, ou não?**
R-	Sim, parece que sim, que disseram.
E-	**Sabia o que era um enfarte?**
R-	Não estava bem ciente, mas sei que houve pessoas... mas eu já não senti assim um bocado de coisa... já não era assim uma dor tão forte, tão forte, que coisa eu disse "pode ser que não seja assim uma coisa tão grave como às vezes dizem" e não fiquei assim tão preocupado e depois conversaram comigo e tal, e fiquei mais, mais à vontade.
E-	**Não houve nada na Unidade que o incomodasse, algum aspecto muito positivo, algum aspecto muito negativo?**
R-	Ora bem, foi assim aquela coisa de estar um bocado isolado, assim muito sozinho, até talvez precisasse «, não sei... até pensei "será que vou ficar assim toda a vida, assim aqui..."
E-	**Não lhe explicaram quanto tempo ia estar assim?**
R-	Não, mas já assim mais ou menos o Sr. Dr. tinha-me dito que era capaz de ser uns 3 a 4 dias.
E-	**Não lhe incomodou o facto de estar a tomar banho na cama, de comer na cama, de estar preso, como é que foi?**
R-	Fiquei assim um bocado... não estava habituado. Incomodou assim um bocadinho...
E-	**Foi a 1ª vez, nunca tinha estado internado e, portanto, não sabia?**
R-	Sim, não, não sabia ao certo, não estava bem dentro destas coisas.
E-	**E depois, quando veio cá para cima?**
R-	Fiquei mais à vontade, fiquei mais aliviado.
E-	**E os aspectos mais positivos em relação à Unidade?**
R-	Ora, sei lá... sei que o pessoal que me atendeu foi excepcional, foi bom, de resto, sei lá, agora só vendo os resultados, aqui é outra coisa, não é? A gente sente-se mais à vontade, conversa-se mais, tem-se mais liberdade, parece que se tem uma porta mais aberta, enquanto lá as portas estão mais fechadas, é isso...
E-	**O que significa para si sair da unidade em que se sentia preso, estava monitorizado, estava ligado às máquinas, quase isolado e o facto de ter vindo para esta Unidade?**

Acha que está melhor, está pior, está mais ou menos?

R- Acho isso, acho que estou melhor, que estou mais perto de uma porta de saída não é? É isso que penso que estou melhor.

E- **Neste momento, acha que há alguma questão, alguma dúvida, alguma coisa que gostasse de conversar?**

R- Não, mais ou menos já estou informado do que se passou e que tenho que mais ou menos seguir... que tenho que andar pr'á frente... e pronto...

E- **O facto de ter tido um enfarte, acha que neste momento, acha que é tão assustador para si, como foi quando veio para cá e ainda não sabia o que se passava?**

R- Ora bem, agora sei que se se vier a tempo e horas pode ser resolvido, mas se se vier um bocadinho atrasado pode-se complicar mesmo a nossa vida.

E- **No seu caso particular, ainda sente medo?**

R- Medo já não tenho, sei que tenho que andar vigiado e ter até um bocadinho de cuidado com a boca com o exercício.

ENTREVISTA Nº 18 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 39 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: funcionário da EDP (electricista orçamentista)
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Da 1ª vez quando isto me deu, eu tinha-me constipado, daquelas constipações, daquelas bravas, pronto, eu estive em casa uma semana, curei, tudo bem e quando me deu isto e quando fui parar ao Hospital, andava com uma dor no peito e eu pensava sempre que era da constipação. Mas todos os dias, quando estacionava o carro, subia umas escadinhas pr'a ir pr'ó meu trabalho, chegava lá cima, picava o ponto e, portanto, sentia assim uma dorzita no peito e sentava-me um bocado...
E- De que tipo, picada, facada?
R- Dor mesmo, e depois... todos os dias foi aumentando lentamente, sempre de manhã quando chegava ao trabalho. Quando ia almoçar ia sempre a pé cerca de 500 metros com os colegas e cansava-me muito, cansava-me e eu dizia pr'a eles "Óh pá, ide à frente que eu fico aqui um pouco, eles esperavam por mim e lá íamos, depois houve um dia que andava no trabalho e a dor era mais forte, no peito, e começou-me a doer os braços, começou-me a doer os braços e eu disse e portanto eu andava no trabalho normal, andava na carrinha com o empreiteiro e eu disse-lhe: "Óh pá, leva a carrinha que eu não consigo, que eu já não aguento". Ele levou a carrinha, levou-nos até ao trabalho e eles levaram-me ao hospital, levaram-me ao hospital, entrei no hospital e estava bem, já não tinha a tal dor. O médico que estava lá no serviço era cardiologista, já não me deixou sair de lá. Estive lá 15 dias em Paredes, dois dias nas urgências e depois passaram-me para Penafiel e estive lá 13 dias..., pronto, isto passou. Agora esta última foi diferente. Eu vim aqui ao Porto na 6ª
feira buscar um exame que fiz... eu lembrei "vou de comboio", parei em S. Bento e subi aquela rua até ao Santo António. Aí é que a coisa começou a ficar mais brava, mas eu andando em casa também me acontecia isso, mas eu sentava-me e passava-me, sentia a dor nos braços e nas costas, nas costas é que era mais forte e depois... e agora na 6ª feira quando eu vim tive que parar cinco vezes até ó Santo António. Demorei cerca de uma hora da estação de S. Bento até Santo António, porque eu parava, tinha que descansar mesmo um bocado porque a dor era muito forte, mas eu aguentava, parava e ela passava, voltava a andar, voltava a dor novamente, era sempre igual, nos braços, no peito, nas costas, depois no sábado estava em casa, estava a fazer um trabalhito, mesmo ligeiro e doía o estômago e eu disse à minha esposa: "logo vou ao hospital, ver o meu estômago, que raio de dor". Eu então...
E- Quando teve a dor do estômago, não desconfiou que poderia ser do coração?
R- Não, eu até pensei, pronto, que fossem problemas de estômago, de intestinos, não é? Então disse pr'á minha mulher: "logo tenho que ir ao hospital, à urgência, ver o que se passa aqui,

dói-me tanto o estômago", depois fui pr'a casa almoçar, eu estava em casa, subi pr'a almoçar e digo à minha mulher: "eu vou ao quarto de banho, que isto está-me a doer bastante", pronto, eu sentei-me na sanita, sei que fiz um bocadinho de força, mas começaram-me a vir suores frios muito grandes. Acho que desmaiei, não sei... aí não tenho a certeza porque lembro-me que fui assim pr'a trás e voltei novamente prá frente, tanto foi cerca de segundos talvez e então fiquei com suores muito frios, molhei a roupa toda, molhei de suor não é? Molhei-me todo e então aí vim parar ao Hospital P., às urgências e depois como não havia lá cardiologista, eles enviaram-me pr'a cá.

E- E cá esteve na unidade?

R- Lá baixo na coronária.

E- E como foi a sensação de estar internado numa unidade coronária?

R- Tudo bem, quer dizer...

E- Não houve nada que o incomodasse?

R- O que mais custa são as injecções na barriga, mas pronto... só me faltava uma coisa, era ver os meus programas, mais nada, de resto tudo bem.

E- E o enfarte para si?

R- Este, senão me engano, segundo o cardiologista, é o terceiro, mas eu nem associei devido à dor que era.

E- E o que sente neste momento em relação então a esta sua doença?

R- Eu só gostava de ficar livre disto, mais nada, mais nada, que eu gostava de puder andar e não acontecer as tais dores... já sei o que é isto, pronto, agora tocou-me a mim...

ENTREVISTA Nº 19 – H.S.J.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 63 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: manutenção de elevadores/reformada
- **Estado civil**: viúva

ENTREVISTA
E- **Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R- Tinha uma dor no peito muito grande, comecei com vómitos e depois o Sr. Dr. disse-me "o seu caso é mais sério do qu'aquilo que nós julgávamos e a senhora vai ter que ficar internada".
E- **Disseram-lhe qual era a doença?**
R- Disseram, disseram-me que eu estava a fazer um Enfarte Miocárdio.
E- **O que é que isso representou para a senhora? Assustou-se?**
R- Mais ou menos, que eu tive um cunhado que morreu com um enfarte e morreu com 38 anos. Eu fiquei muito triste, mas ò mesmo tempo tenho muita fé, muita coragem. E eles disseram "a senhora vai daqui pr'á unidade coronária" e eu disse "eu quero falar com o L., com o meu filho". "Não se aflija minha senhora, ele está ali fora e a gente fala com ele". E eu saí por outro lado e ele já estava de fora da porta e ele: "Ò mãe, tu vais ficar internada?", "Vou, meu filho, vou ficar internada, só espero... que tenhas juízo, não te incomodes mais". Ficou muito triste, ele...
E- **A seguir foi para a Unidade?**
R- Fui pr'á Unidade, é tudo muito bom, são muito atenciosas. Senti-me muito presa, tudo fechado, que eu não gosto, não gosto, o cortinado todo corrido, afligia-me aquilo. Mas eles são todos muito atenciosos, tanto o pessoal menor como o maior, são impecáveis! Só tenho coisas boas a dizer.
E- **E o sentimento em relação ao enfarte? Pensou que fosse uma coisa grave, mais ou menos grave?**
R- Não. Eu pensei sempre que ia recuperar depressa, que eu tenho esta força de viver e eu pensei: "eu vou recuperar, eu vou sair desta... se Deus quiser eu vou embora depressa". Naqueles primeiros dias custou-me muito, não tinha dor, mas não podia com cheiros nenhuns, nem o chá conseguia beber, vomitava tudo. No 2º dia eu estava a beber o chá, está lá um médico, um deles, estão lá sempre médicos e ela deu-me o chá e eu meti um golo à boca e puxei logo o cesto, puxei logo, pr'a fora por que eu... chegou logo o médico à minha beira e disse: "A senhora ainda está assim?". "Estou sim, Sr. Doutor, não quero o chá, só o cheiro me faz vomitar" e ele disse assim: "isso vai-lhe já passar". A enfermeira veio dar-me uma injecção grande e daí a um bocado estava cheia de fome, nunca mais senti enjoos. No 1º dia comi a sopinha, ao meio dia e às 6 horas. No 3º dia já comi qualquer coisa e depois aqui tenho comido sempre normal.
E- **Qual a sua experiência positiva (uma coisa que mais gostou) e uma experiência negativa (que menos gostou)?**
R- Foi de estar muito fechada, não me podia levantar, elas é que me lavavam e isso mexia-me

com os nervos. Mas elas são impecáveis, punham a gente à vontade. Corriam os cortinados, respeitam. "Eu, falta-me um peito e eu tinha vergonha de... que me pusessem assim exposta", mas não, elas respeitam da primeira à última, elas respeitam todas. A gente pedia a sanitinha para fazer xi-xi e elas traziam, sempre com muito boa vontade, tanto as enfermeiras como as empregadas, nunca vi nem senti má vontade.

E- Nunca se sentiu sozinha? Que lhe podia acontecer alguma coisa?

R- Não, nunca senti. Estavam lá sempre médicos presentes e eu da cama via-os e eu sentia-me segura. Porque elas também diziam: "se sentir alguma coisa, chame que a gente já lá vai", atendiam logo.

E- Acha que esta sua doença irá ter alguma implicação na sua vida?

R- Não sei... eu gosto muito de andar a fazer as minhas compras, gosto muito de andar com a minha menina... não sei... vamos ver se eu agora puderei continuar no mesmo rame-rame que andei até aqui.

E- A senhora é uma pessoa optimista?

R- Sou... eu estou confiante, mesmo com muito sofrimento. Os meus irmãos gostam de mim por causa disso: "esta rapariga é uma santa, anda sempre a rir-se, sempre a rir-se". Nós somos sete vivos, éramos nove e pronto...

ENTREVISTA Nº 20 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 49 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: metalúrgico
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Na urgência, depois de me terem feito o electrocardiograma, disseram-me que tinha tido um enfarte. Das consequências e do que significava não sabia... agora já estou mais elucidado, na altura não sabia, nem pensava que fosse assim uma coisa tão grave... ainda hoje ainda estou assim meio acreditado ou não, "como será?".
E-	**Da urgência, foi logo para a Unidade?**
R-	Fui sim. As equipas lá que se seguiram eram óptimas. Estive lá 3 dias... o que mais me custou foi o terem-me dito o que me tinha acontecido. O que mais gostei foi do ambiente que se vive ali porque me mentalizei que tinha de estar naquela situação.
E-	**As máquinas, aquele ambiente, não o assustou?**
R-	Não, não me assustei... mentalizei-me que tinha que lá estar e pronto.
E-	**Esta sua doença vai ter alguma implicação na sua vida futura?**
R-	Certamente que sim. Eu era uma pessoa que gostava de trabalhar, mas agora vai modificar... eu era uma pessoa muito activa... vai ter que haver alterações na alimentação e no tabaco, isto é fundamental e bem me custa, vai-me custar um bocadinho, mas acho que vou conseguir...

ENTREVISTA Nº 21 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 74 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: comerciante (oficina de reparação de calçado), reformado
- **Estado civil**: solteiro

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Tenho uma loja de reparação de calçado, tenho um empregado. Esse empregado tem-me causado muitos problemas e é por isso que atribuo o que me aconteceu e para ser verdadeiro e contar tal qual a história, porque falta muitas vezes... e se fosse doença eu aceitava mas eu precisava dele não é? E eu admitia-o outra vez, no outro dia aparecia... ele tem confiança comigo, vinha com umas desculpas que eu sabia muito bem que era mentira... Um dia uma vizinha entra na oficina e disse que eu tinha cara de doente e disse-me para eu tomar um comprimido, o marido tinha tido um Enfarte e depois disse-me: "a sua irmã... (é que eu sou solteiro e vivo com uma irmã também solteira, de 69 anos) leva-o ao hospital. Foi agora em Agosto, estávamos em férias, temos pessoas de família em Espinho, era o último dia de férias, no dia 31 que calhava na 2ª feira. Tinha que abrir a oficina e como lhe disse o empregado tem muita confiança comigo, faz-me muitos favores mas tem esse maldito vício- falta muito, o que me irrita. Faltou outra vez e sabe como é, não sou uma pessoa rica e tenho que ter aquilo aberto e então, voltando ao caso, decidi com a minha irmã passar o dia a Espinho... lá fomos, era dia de feira, demos uma volta à feira e decidimos a seguir ir almoçar a um restaurante... vínhamos a caminho da praia e comecei a sentir uma dor no peito esquisita, a transpirar muito e a minha irmã começou a olhar para mim e disse-me: "tu vais mal disposto?", "um
bocadinho mal disposto, não sei o que é, mas... "não será do coração?" "Parece-me que não". Não era do peito todo... julguei que fosse qualquer coisa do estômago, e ela disse-me: "já não vamos almoçar", ela é uma pessoa sensata e minha amiga... "vamos mas é à praça de táxis e metemo-nos num táxi e... casa", e é claro ela vinha pelo caminho e vinha-me a perguntar: "já vais melhor?. O taxista voltou-se para trás e perguntou-me: "vai mal disposto?" e eu disse-lhe: "Vou, sinto aqui qualquer coisa no peito que não é nada agradável", e então disse-me: "no lugar do senhor não ia para casa, ia ao hospital e tirava as dúvidas, se é se não é". "Então vamos". Meteu-se à estrada, chegamos aqui, fizeram-me exames e tal, auscultação... apareceu-me uma médica espanhola e disse-me que eu tinha tido um Enfarte.
E- O que pensou nesse momento?
R- Fiquei em pânico, senti que tinha de cuidar da minha irmã... só pensei na minha situação e da minha irmã... faço falta. Na Unidade Coronária a assistência foi fantástica, o pessoal é carinhoso, atencioso...
E- O que quer significar como "atencioso"?
R- Estão sempre em cima do caso, não me senti abandonado, senti que ali é que estava bem,

melhor que em casa... ser socorrido se a coisa se agravar, sim porque se pode agravar de um momento para o outro, qualquer coisa que às vezes... bastava que se desligasse aqueles aparelhos que nos colocam, que dão o sinal no monitor, aparecem logo as pessoas, de noite ou de dia.

E- A que se refere?

R- As Enfermeiras, o perguntar se estava bem, fantástico. Sabe, é muito bom sentir que se preocupam connosco... mas elas têm tanto que fazer...!
Ainda há bocado tive uma frase que disse a uma Enfermeira daqui, porque quando eu estava lá em baixo, disseram-me assim: "amanhã vai ser transferido para a Unidade Intermédia". Eu nunca cá estive, não conheço isto, e estava ansioso por saber o que ia encontrar, mas disse-me logo o Enfermeiro: "olhe que aquilo é muito bom, o senhor vai ver que o pessoal é muito competente e as instalações são fora de série" e eu claro, fiquei

entusiasmado quando ele me disse isso e foi ele que me pôs na cadeira e uma empregada trouxe-me aqui..., cheguei aqui e achei isto modelar... Ainda há bocado estava a ser assistido por uma Enfermeira e disse-lhe assim: "Caramba, Srª Enfermeira, vocês fazem ECG, medem a tensão, dão os comprimidos, depois tiram a temperatura, sempre com um sorriso, amabilidade, com uma palavra amiga... e eu até disse assim: "há uma canção que diz assim – esta vida de marinheiro... e tal... e eu diria: "...esta vida de enfermeiro... é muito trabalho sabe, eu nunca julguei que uma Enfermeira tivesse tanto que fazer"... só a presença delas é muito agradável... dá muita confiança... há uns dias aquele aparelho... há dias tiraram-mo, só sabia que se chamava eléctrodos, mas eu julguei que eram aquelas partes que ficam coladas ao corpo, num movimento mais brusco desligam-se... e eu fiquei todo contente, era sinal se calhar que estava melhor e disse à enfermeira: "já estou melhor?" e ela disse-me: "o senhor é o doente aqui na enfermaria com a situação mais estável, de maneira que lhe vamos tirar isto, mas esteja descansado que a vigilância vai continuar, de vez em quando venho aqui". E realmente eu não durmo lá assim muito bem, apesar de tomar comprimidos naturalmente para dormir, não sei, dão os comprimidos a mim e aos outros... colegas do quarto, eu creio que tem influência, que devem ser para dormir porque há um senhor ao lado que diz assim: "lá vem o valium e tal..." mas ela disse-me assim: "mas esteja descansado que a vigilância continua", eu fiquei bem. "Eu de vez em quando passo por aqui". Era realmente uma noite em que eu estava assim... acordado, amorrinhado e tal e vejo entrar uma Enfermeira com uma luz vermelha e perguntou: "você está bem?". "Estou, estou", bastante contente fiquei, apesar de não ter o aparelho que podia acusar qualquer alteração. A Enfermeira teve o cuidado, pr'a mim é muito bom de ver se eu estava bem, É claro que ninguém está contente por estar num hospital, isto é mesmo assim, é sinal que se está doente e as doenças nem sempre são muito agradáveis, mas estou contente, muito contente porque estou muito, muito bem.

E- Qual é a experiência que considera negativa?

R- Acho que as refeições estão muito chegadas..., é a única que me parece, porque realmente não é para ser agradável, realmente estou muitíssimo bem.

acompanhado, muitíssimo bem assistido

E- Que implicações que esta doença irá ter na sua vida futura?

R- Sou uma pessoa cuidadosa... basta dizer que fumei muito pouco, nunca bebi nenhuma bebida alcoólica... bebo geralmente chá de cidreira, nescafé, quando vou almoçar fora.
Vou fazer a mesma vida, como vê, não vou cortar em nada... tenho é que resolver o problema do empregado... estou sempre a pensar: "virá, não virá".
A minha família aconselhou-me a dar a oficina à exploração ao empregado, de forma a que

me dê algum para mim.
Vou dar uns passeios, olhe estava a pensar... eu vou à Expo com a minha irmã, mas agora vamos a ver...

ENTREVISTA Nº 22 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 54 anos
- **Habilitações literárias**: Licenciatura
- **Sector profissional**: Economista, sector de Contabilidade e Projectos
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- No dia 4 (Setembro), quinta-feira, andava um bocado talvez caído, não sei, eu sou uma pessoa muito alegre e andava assim... deprimido e irritado sem causas aparentes, andava sem apetite, em casa diziam-me assim: "Não comes? Não tens apetite?" e eu dizia-lhes "não me apetece" não tinha mesmo apetite, mas não era por problemas familiares, ora... deixa de ser... é uma coisa que graças a Deus existe lá em casa ... e então na quinta-feira, eram 6H00, estava no café e o peito apertou-me, apertou-me mesmo e senti... Deitei-me, mas como andava constipado disse à minha mulher: "isto dever ser da constipação, e tudo, vou tomar um copo de leite". Tomei o copo de leite e lá veio o cigarrinho como de costume, eu fumo bastante. Fumei e a coisa passou ainda mais ou menos, mas de manhã levantei-me, fiz a minha vida normal, mas novamente às 6H00 da tarde dá-me a mesma dor, vim para casa, lá para cima para o quarto e deitei-me, virei-me e deixei-me fumar mais um cigarro, fumei e aí é que eu notei que havia qualquer coisa que não estava certo, porque a dor não passava, tomei se não estou em erro foi um sumo, e lá estava na mesma uma dor sobre o lado esquerdo e sobre os pulmões, parecia-me um ardume, uma ardência, começou-me a atacar o braço e depois o maxilar, senti-o preso e pensei: "isto está mal, deixa lá que eu vou já te dizer", virei-me para a minha mulher: "tem paciência, vou fazer uma chamada", liguei para uma colega, a Drª S. e disse-lhe: "Ó S. é isto assim, assim,

estou constipado, mas acontece isto". Ela disse-me: "Se eu fosse a ti ia ao Hospital". Então, pronto, não é tarde nem é cedo. Vesti-me, eu estava em pijama, chamei um taxi, não disse nada à minha mulher, meti-me no táxi e vim ter ao hospital... fui espectacularmente tratado, não demorei sequer um quarto de hora a ser atendido e depois disseram-me: "Olhe, tenha paciência, vai ficar".
E- Disseram-lhe que tinha tido um Enfarte, o que pensou, o que vivenciou?
R- Pensei assim: "é o tabaco, ou o stress que tenho tido, o tal stress, dizem, mas pensei que era o tabaco, fumava três maços de tabaco, era uma coisa louca. Pensei que havia alguma razão para ter acontecido isso... o tabaco. Sentimentos... que gosto muito dos meus filhos, são filhos espectaculares, talvez por isso... a minha filha estava com ideias para ir à Expo98 e eu disse-lhe: "agora não vais? Resolveste mudar tudo?", enervei-me um bocado... mas para mim isso não deve ter sido a causa, a causa principalmente para mim foi o stress, eu fumava muitos cigarros, uns atrás dos outros e as coisas... nós como contabilistas e como economistas... as coisas nem sempre correm bem como a gente quer... as pessoas dizem: "é fácil", mas eu estou habituado, sou uma pessoa alegre e se não é hoje é amanhã, mas talvez o tabaco fosse demasiado e talvez me

alimentar um bocadinho mal...
Assustei-me, infelizmente na família já tive dois casos, um foi há 14 anos e graças a Deus ainda é vivo, é o meu tio que vive comigo e o outro meu tio que é irmão do meu pai, que ainda há pouco tempo esteve cá e isso assustou-me...
Depois fui para a Unidade Coronária, aí foram espectaculares, os funcionários, médicos, enfermeiras... eram umas condições... eu posso-lhe dizer... carinho, meiguice... os enfermeiros são espectaculares.. O A., a R., a A., a outra A., há uma que anda de bebé que foi espectacular para mim, fazia-me rir: "o Sr. S. está ali, o aparelho não funciona, parece que está morto"... "é calma e para o baile, que ainda estou aqui vivo", são excepcionais... isso não há dúvida....

E- O que valorizou mais nelas?

R- Profissionalmente, a parte humana.... profissional-mente para elas o doente é como se fosse uma pessoa de família, elas transportam o saber delas para o doente e querem que o doente esteja com elas em qualquer altura e momento, muita dedicação, e até mesmo elas conseguem com a maneira de elas serem que o pessoal auxiliar que actue da mesma maneira... O Enfermeiro R. punha música, era espectacular... estou a dizer isto do coração e vou-lhe dizer é impossível neste momento elas darem mais com o que têm, pr'a já não há mais condições, embora tenham as condições mínimas elas têm uma força de vontade e uma alma que é para mim espectacular... não conhecem o doente, não sabem de onde ele vem, de terras grandes ou pequenas, ou pobres ou não sei o quê... ele é tratado da mesma maneira. Isso para mim é humano e uma pessoa que trata assim... não deixam que o doente chegue ao princípio outra vez da doença. Estão sempre em cima do doente... "O senhor veja se precisa disto, ou daquilo, e sua família", para mim tudo isso é fundamental – a competência técnica, humana, isto para mim são duas bases e o companheirismo... quantas e quantas vezes eu dizia "preciso de uma revista"... "a gente arranja" ou "hoje não há camarão, mas há..." tudo isso levam a que as pessoas não pensem na doença; nós sabemos interiormente que isto é uma doença que, é boa ou má só Deus sabe, há uns que vão outros que ficam, mas nós não pensamos na doença... puseram-me sempre a par do que se passava e isso deixava-me muito tranquilo, com mais certeza, o que se passa, o que é esta doença.
Até na maneira de dar injecções estão muito bem orientados.

E- Disse-me anteriormente que nesses momentos pensava fundamentalmente nos seus filhos?

R- Nos meus filhos e na minha família. Foi uma coisa muito engraçada, nunca pensei na minha vida profissional... sempre pensei na minha neta, nos meus filhos... sobre eles, a minha casa, o meu tio, a minha sogra, a minha mulher... o que lhes devia ter feito, agora é que vejo o mal de não lhes deixar tudo preparado - se me acontecesse qualquer coisa... agora estou a pensar que não fiz aquilo

que os meus filhos queriam, ou que eu pensava que eles queriam... deram-me um apoio espectacular e agora sinto "tens aqui os teus filhos para te ajudar", talvez seja a contrapartida...
Eu quero também dizer-lhe que sem uma crença não se chega a lado nenhum, isto é a minha opinião... acredite nisto: "Deus ajudou-me".

E- Uma crença, uma religião é importante nestes momentos?

R- Exacto, dá força e a levantar as pessoas...

E- Quais foram para si as experiências negativas?

R- O menos positivo é o espaço limitado da Unidade para 7 ou 8 doentes. Era necessário ampliá-lo mais, mais pessoas. Mais médicos... havia de haver uma entrada específica, não sei se me está a perceber, na urgência que entram pessoas com traumatismos, com isto, com aquilo... havia de haver uma entrada própria para estes casos, específica, para não estar tanto tempo na urgência geral.

Também lhe posso dizer que penso que devia poder uma pessoa de família estar lá, em vez de estar uma hora, porque uma hora passa rapidamente..., acho que no caso de uma senhora que lá está, a senhora M., acho que o filho ou filha... estivesse lá, era totalmente diferente, a senhora vivia mais tranquila e o dia para ela passava mais facilmente e talvez ela não pensasse e não descarrilasse... ela falava muito comigo... é muito importante haver alguém que nos dê força...

E- Que implicações, que alterações que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- A vida vai continuar, a família já está preparada, já temos um caso e agora vamos ter outro... o ritmo de vida vai ser muito diferente, vou ter que impor muito respeito por mim e aos clientes. O tabaco vai ser outra... estou convencido que o homem tem mais força que o vício, e com esta não quero cá mais... talvez tenha que evitar os ambientes em que há muito fumo... devagarinho, sem afectar muito... com os amigos não vou puder ir para as borgas que eles querem..., terão que compreender que tenho esta doença.

E- Sente-se de algum modo diminuído?

R- Não, não, de maneira nenhuma, tanto que eu tenho uma paralisia desde os 12 anos... e nunca me senti... uma pessoa só sente deficiente quando a cabeça deixa de pensar...

ENTREVISTA Nº 23 – H.S.J.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 58 anos
- **Habilitações literárias**: 2º ciclo do curso industrial
- **Sector profissional**: empregada de escritório
- **Estado civil**: viúva

ENTREVISTA
E- **Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R- Eram 6 horas da manhã e começou-me a dar deste lado direito, mas não me atingiu o braço direito, apanhava-me as costas, parecia-me que tinha ali uma coisa a comprimir, um peso muito grande e começou-me a apanhar o braço esquerdo. Entretanto, nunca pensei em enfartes, aliás o meu médico de família, como eu sou diabética, já me atingido várias partes do corpo, também há um rim que não funciona muito bem, tinha-me dito que eu estava sujeita a isso tudo e que podia até um dia atingir até o coração, que os diabetes eram assim, mas nunca me ocorreu nunca a ideia do coração, até julguei que fosse uma dor na coluna, eu levantei-me e fui tomar a insulina, que tomo insulina antes do pequeno almoço, ainda tomei o pequeno almoço sempre com aquela dor às voltas, ainda me deitei no chão, a ver se aquilo me passava ou qualquer coisa. Sou sozinha, sou viúva e eu que é que hei-de fazer, e então fui tocar à campainha da uma vizinha porque a minha empregada de limpeza ia lá fazer limpeza nesse dia de manhã e até lhe perguntei, como ela tem problemas de coluna (eu sou alérgica não tomo qualquer coisa, está a perceber?, tenho medo da diabetes)... se tinha comprimido para a coluna, lá pr'ó reumatismo porque também já tive problemas e andei sempre nos banhos em Espinho... entretanto tomei lá o comprimido mas cada vez mais tinha dor no braço, mas nunca pensei em nada de enfartes, entretanto, voltei a chamá-la e disse-lhe "Olha H. não sei o que é que

hei-de fazer", eu sou sócia da Medicar e ela diz-me: "A D. M. não pode chamar o médico da Medicar porque só vem à noite, a D. M. terá que ir lá", "Para ir lá também ... chame-me um táxi e venha comigo ao hospital, às urgências", mas descontraída, nunca me lembrei de enfartes, apesar do médico ter dito que os diabetes atacam o coração, nunca me passou pela ideia... cheguei às urgências, está lá sempre muita gente à espera, não é? a dor cada vez pior e eu disse "já não posso mais H.", "deixe estar que eu vou falar com uma médica, a ver se a atende", ela lá foi dentro falar com uma médica que havia ali uma senhora com muitas dores e tal, uma médica por sinal muito atenciosa, não tenho nada que dizer do pessoal e a médica muito atenciosa veio-me ver, pôs-me um comprimido debaixo da língua, mas entretanto a dor continuava, depois ela deu-me mais uma injecção, mais um comprimido e tal e depois, ela depois chamou um colega, ele veio, claro, começaram logo de tratar de tirar sangue etal, e eles depois vieram ter comigo e disseram "Ó senhora, nenhum médico lhe disse que tinha uma anemia?", "eu não", eu sentia um bocadinho cansada, vieram aqueles dias de calor, mas eu andei sempre, não tinha falta de apetite graças a Deus, não podia comer muito, muito, por causa dos diabetes, mas comia normal, então eles depois levaram-me às coronárias,

começaram a fazer coisas, a dor não passava e depois disseram-me "a senhora tem que levar transfusão de sangue, se não a dor não lhe passa", portanto ainda estive... eles ainda tiveram dificuldade em arranjar o meu sangue, mas não sei porquê e só comecei a levar a transfusão eram 11 horas da noite ou qualquer coisa, bem e a dor começou, ao outro dia a dor começou a abrandar, picaram-me não sei quantas vezes, por isto e por aquilo, e depois eles quiseram saber os medicamentos que eu tomava e eu disse-lhes "em Julho fui tirar análises para levar ao meu médico de família e ao especialista dos diabetes" e portanto nada... ao meu médico de família tinha dito que estava com um aperto sempre aqui, mas ele estava sempre que os diabetes dão essas reacções e eu confiava, de maneira que eles lá tornaram-me a dar, outra transfusão de sangue, estava muito fraca... e tenho andado a fazer exames e amanhã vou tirar mais sangue para ver

se de facto detectam a anemia... porque agora o meu problema maior , porque o médico veio à minha beira e disse: "a Dª M. já cicatrizou a questão do enfarte, agora temos que estudar a anemia...".

E- Quanto tempo esteve na Unidade Coronária?

R- De sexta até hoje, 4 dias.

E- E durante esse tempo quais as experiências que salienta como positivas e como negativas?

R- Não tive problemas nenhuns. Uns senhores que estavam lá, meus companheiros (sorriso), que também já vieram para cima, às vezes estava um bocado em baixo, levantavam-me a moral e diziam-me "vai-se descobrir esteja descansada", porque eu não sabia a origem e... e enquanto não souber, a gente...

E- Preocupava-se mais com a anemia do que com o Enfarte?

R- Não me preocupei com o Enfarte, não, não...

E- Sabe o que é um Enfarte?

R- Sei, sei e não sei (sorriso), mas não me preocupei muito porque eu confiava sempre que num serviço hospitalar eu estava rodeada de tudo, de minuto a minuto se fosse preciso era fazer isto, era fazer aquilo, nunca tive... o que preocupa a mim é a anemia.

E- O que pensa que é um Enfarte?

R- Isto tem a ver com o coração, agora o motivo... puder comer muito não é?... não sei... o que me falta saber é os porquês porque nos dá isto. Eu dizia assim: "Ó meu Deus, eu sigo à risca a medicação, à risca a comida, não é? Há pessoas que comem e coisa... antigamente dava a impressão que um Enfarte era de uma pessoa comer muito, ser muito forte, era como me diziam "a Dª M. está magra, tem diabetes?", também os diabetes não deve ser só às pessoas gordas?...

Foi bom, muito bom eu ter vindo logo para aqui, porque se eu estava ali... porque há também uma expressão do meu médico de família, que me disse, eu tive também um acidente vascular nas pernas motivado pelos diabetes, e o médico depois disse-me: "Dª M., a primeira dor que lhe der muito forte, muito forte, nem chame o médico, a senhora vai imediatamente ao hospital", eu depois pensei que foi Deus que me encaminhou... foi logo...

E- O médico não lhe explicou porque é que tinha de ir ao hospital?

R- Não, tive muita falta de informação. Eu acho que há coisas que o doente deve saber... então uma pessoa como eu, uma pessoa que está sozinha não é mais necessitada de informação: "Olhe, se acontecer isto, ou qualquer coisa", aí é que está o mal...

E- Na Unidade foi informada, explicaram-lhe o que tinha acontecido? Percebeu o que tinha tido?

R- Não, do enfarte não percebi... ia perguntando algumas coisas não é, mas às vezes os médicos podiam-se aborrecer e era isso que me custava...

E- **E relativamente às Enfermeiras, também lhe custava perguntar? Não teve nenhuma que tive à vontade para fazer as suas perguntas?**

R- Não (sorri). Havia uma coisa da homoglobina, ou não sei o quê, que tem a ver com a anemia, ainda fui perguntando... porque eu ouvia-lhes dizer que tinha a homoglobina muito baixa e que tinha que ter alta e então foi quando eu perguntei: "Então como é isso? E elas "é que a outra homoglobina não é dos diabetes", não sabia nada, eu julguei que andava muito bem, pronto, a homoglobina baixou...

E- **A senhora há pouco disse-me que se sentia em baixo, que alguns doentes tentaram animá-la, porquê?**

R- Por acaso tive (sorri)... o senhor J., ele dizia-me "Dª M. esteja confiante que eles vão dar com o seu caso", "Ó senhor J., já não tenho esperanças nenhumas..."eu quando via os médicos vir ter comigo, depois iam para aquele mesinha" (sorri). Às vezes ainda ouvia qualquer coisa, era uma médica magrinha, ela até é muito atenciosa, e ela dizia assim: "não sei, não sei...".
Tinha uma certa relutância de lhes perguntar, eles podiam não gostar".

E- **E das Enfermeiras, também tinha?**

R- Não sei... (sorri), as enfermeiras também não falam muito destas coisas...

E- **Relativamente à assistência de Enfermagem, qual a sua opinião?**

R- É uma equipa fantástica, admirei na eficiência do serviço e na forma como elas nos tratavam. O senhor J. também não disse isso? Formidáveis, da empregada de limpar a qualquer uma delas, elas eram muito... muito humanas, gostei muito, oxalá que tenha a mesma sorte aqui...

E- **Que alterações, que implicações que esta sua doença terá na sua vida futura?**

R- Ainda não sei... não sei dos medicamentos, se me vão suspender algum daqueles... eles estão a desconfiar que algum medicamento me está a fazer mal... claro que já mudou muita coisa, perante os 12 anos que tenho os diabetes já teve muitas alterações o meu corpo... até aí não sabia o que eram medicamentos.

ENTREVISTA Nº 24 – H.S.J.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 48 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: doméstica
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Sofri um Enfarte... na minha vida nunca pensei que isto me tivesse acontecido. Na 2ª feira de manhã, por volta das 6, senti uma dor no peito e que me vinha à garganta, mas pensando que fosse do sistema nervoso não liguei muito. Por volta das 8 horas estava para sair e voltou-me a dar essa dor e onde essa dor começou a prender os músculos dos braços e começou-me a doer toda a parte torácica e eu pedi ao meu marido para me levar ao hospital. Fui, mas ia numa aflição muito grande, os médicos fizeram-me um electro e mandaram-me meter uma pastilha debaixo da língua e eu deduzi logo que devia de ser problemas do coração e eles chamaram muitas vezes o meu marido e primeiro disseram que tive sorte e eles também, mas depois voltaram-me a perguntar se a dor tinha passado, que não e então enviaram-me para o senhor J., acompanhado pelo médico, numa ambulância preparada do HST. Ao chegar aqui, na urgência, ao ver o relatório, a médica que me recebeu levou-me para fazer um electro e mandou-me logo para a Unidade Coronária onde me disseram logo o que me iam fazer porque estava a ter um enfarte. Eu naquele momento pensei, porque ouvi eles dizer "ela é nova" e eu pensei "eu vou morrer ou eles que me iam salvar da maneira que me falaram", que eles diziam "viu o programa de ontem à noite?" e eu disse "não", "é o mesmo que está a acontecer com a senhora, nós vamos fazer...".

E- Um cateterismo cardíaco?
R- Sim, para aliviar e desobstruir a artéria que está entupida e eu respondi que fizessem o que quisessem porque o que eu queria era viver. Pronto, levaram-me para cima, fizeram-me e eu no momento que eles me fizeram isso a dor desapareceu e a partir daí, pronto, fui para baixo sem dores nenhumas e até hoje nunca mais as tive.
E- Para a Unidade Coronária?
R- Sim, fui bem tratada e o que eu pensava quando estava sozinha, eu digo-lhe sinceramente, pensava que não tinha nada de tão bem que estava, eu chegava a dizer aos médicos "eu não tenho nada", e eles: "mas tem", e eu "eu sei que tenho, mas pr'a mim, claro, sinto que não tenho nada". Pronto, agora vim para aqui para recuperação, provavelmente para a semana irei embora.
E- Durante os três dias que esteve na Unidade, o que a preocupou? Quais foram as experiências que considera positivas e negativas?
R- Pensava na minha filha, no meu marido, na minha família, telefonavam-me amigas, as minhas irmãs, e eu só lhes dizia que não se preocupassem que eu estava bem, mas o que eu pensava era não estar aqui, em estar lá fora.

Mas estava tão bem acolhida, tão bem acolhida aqui dentro, que não me importo de estar o tempo que calhar aqui.

E- Desde que deixou de ter dor, ficou mais confiante?

R- Fiquei, só que esta noite sonhei que me deu outra vez (sorri), mas isso foi um sonho porque eu sou muito preocupada, vou-lhe confessar que é uma aflição muito grande!
Se me voltar a repetir é porque fui descuidada, mas como o medo foi de tal ordem que vou ter o máximo cuidado comigo.

E- Disse-me que foi muito bem assistida na Unidade. Não quer concretizar melhor?

R- Era uma família e acho que nós... desde auxiliares até aos médicos, todos eles são óptimos. Preocupam-se com o doente, que o doente esteja bem, que não se preocupe com nada que tudo vai correr bem, "está tudo a correr bem, não se preocupe que vai tudo correr bem, vai ficar boa".

E- E relativamente às Enfermeiras?

R- Gostei muito delas, o trabalho que elas têm connosco, de nos tratar, que nós não podemos, não

é?, e das palavras delas para connosco... elas eram tão cuidadosas que até me abriam as cortinas para trás, ligavam-me o rádio para não estar tão só, eu estava no cadeirão e elas passavam, acenavam-me com a mãozinha... não há nada de negativo a apontar, mas sinceramente... acredite.

E- Que alterações, que implicações que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- Olhe, eu penso que o gostava muito de fazer já nunca mais vou puder... penso... mas ao mesmo tempo tenho uma fé muito grande que... não vou abusar que eu gostava de trabalhar em quintal, em jardim, em tudo, em andar de enxadinhas na mão, não necessitava mas gostava e tudo isso... eu penso que não vou puder fazer, que me vou prejudicar, até esforços que eu vou fazer e não posso...
Olhe, não me vou preocupar mais com coisas que não devo, vou-me só preocupar comigo e com a família e pronto... não quer dizer que vou abandonar os outros, mas a preocupação com os outros, assim muito, muito vai acabar – vou cuidar de mim e dos meus...
Não foi o trabalho que me afectou, foi as asneiras que eu fazia: fumava, tomava a pílula, tomava café, tinha as tensões altas, tinha colesterol e não ia ao médico porque me sentia bem e tudo junto deu este desastre... é isto tudo que tenho que cortar e há outros stresses que nos dão cabo da cabeça e confesso que todas essas asneirinhas vão ser todas eliminadas.

E- Não sente receios?

R- Não, estou confiante em Deus e nos homens, foram muito competentes.
As enfermeiras de noite, se chamasse de noite, "olhe senhora Enfermeira preciso disto", elas diziam: "mas quem lhe disse que não chamasse?, o carinho, a força que nos dão. Às vezes dizia "já não vou poder fazer certas coisas" e elas diziam "não quer dizer que não vai poder, terá que evitar certas coisas, o que fazia, que não deve agora... não quer dizer que não vá fazer outras coisas, não vai ficar inválida", davam-nos força.
Por exemplo, vinham-me fazer um exame e a minha preocupação, tanto como aqui, nem que me mintam, mas a minha preocupação era "mas as tensões estão bem?", "estão", "diga-me senhora enfermeira, o electro está bem?", "está, está

Impecável, não se preocupe que está tudo a correr bem" e o que elas me diziam, diziam-me os médicos igual.
Se se calassem e dissessem "o médico depois fala com a senhora", aí eu ficava muito aflita, ficava... mas elas informavam-me e animavam-me.

ENTREVISTA Nº 25 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 61 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: comerciante/reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Fui emigrante 27 anos, viemos para descansar da vida, um bocado, havia pouquíssimo dinheiro mas havia que chegasse para a malga da sopa... a gente veio com a intenção de não haver problemas... mas finalmente houve problemas, mas não foi o caso... isto apareceu assim,, repentinamente, sem saber porquê nem porque não... eu já tinha vindo fazer um exame ao serviço de cardiologia do hospital, foi o meu médico da caixa que me mandou fazer e esse doutor daqui mandou-me deixar de fumar diz que passava, mandou-me fazer tratamento ao colesterol , tinha o sangue um bocadinho grosso e mais nada... Na 4ª feira, nesta não, foi há duas semanas, por volta das 2 horas, depois do almoço, deu-me assim uma coisa qualquer, uma tontura, uns suores, comecei-me a sentir mal, comecei a vomitar e caí e nunca mais dei fé de mais nada.
E- Não teve dor?
R- Sim, tive, comecei a ter aquele quadro de dor no peito, vim de urgência para o hospital, fiquei internado, fiz o cateter só na pele, aqui na parte da virilha, fiz o tratamento. Na 5ª feira, outra vez à noite, torna-me a repetir a mesma coisa, dores no peito, horríveis... fizeram-me outro cateterismo, já foi aqui no peito e talvez na perna, agora é que eu não sei... passou... vim para cima, 5ª, 6ª, vim na 2ª ou 3ª feira para aqui e tornou-me a repetir o mesmo mal, tornou-me a repetir, tornei a entrar em crise, fui para baixo outra vez até hoje, fizeram-me outro cateter... outro cateterismo,

R- massagem novamente, e não sei o resultado, quer-se dizer que tenho uns exames pr'a fazer, não me explicam grande coisa.
E- Não lhe explicaram grande coisa?
R- Não me explicaram grande coisa, quer-se dizer, talvez eu não compreendesse e como eu estava assim aborrecido, foi por causa disso talvez que não quisessem explicar bem o que realmente eu tive, se tive outros problemas, não sei... talvez não gostasse de saber muito também.
E- Prefere não saber?
R- Sim... disseram-me que tinha um problema e grave, que era um enfarte... infelizmente.
E- O que pensou? O que sentiu?
R- Pensei "ainda estou vivo", mas vi a coisa muito, muito esquisita. A pessoa fica assustada, mas de que adianta estar assustado, que adianta... agora queria-me ver livre disto e ficar bom... ou remediado... o que queria saber é o que devo fazer, o que devo evitar, mais nada...
E- Durante essas três vezes, que esteve na Unidade Coronária, o que recorda como experiências positivas e negativas?

R- Olhe (sorri)... é um sítio um bocado soturno, não tem (sorri)... pouco agradável (sorri), desculpe, mas é um serviço assim... é rigoroso, tem que ser, as pessoas não podem ir para lá abusar, aquilo, quando fazem o tratamento, após o tratamento, bem depois, uma pessoa já se sente mais ou menos, "pronto, já me safei", "isto não foi nada, não é?", sem ter que assustar alguém dizendo "isto é rigoroso, uma pessoa não pode mexer...".

E- O ambiente assustou-o?

R- Assustou um bocado, mas, quer dizer... aquela questão das máquinas, daqueles barulhos todos, de vez em quando aqueles toques de noite, pronto, a noite... cheguei a um ponto, estava lá a querer dormir... foi a primeira vez desde que entrei, depois acordei não é?... estava anestesiado só localmente, queria dormir, tinham-me dado uma pastilha para dormir, mas não conseguia dormir, foi o 1° dia, 2° dia, de noite e dia...

E- O que sentia?

R- Sentia-me inquieto, tinha medo de qualquer coisa e não sabia o que era... sentia-me enervado...

E- Porque não chamou uma Enfermeira?

R- Elas sabiam porque estavam a controlar tudo no posto, no posto central, a senhora conhece? No posto central elas estão a controlar tudo o que se passa nas camas, não é?, isso não há dúvida, eu sei...

E- Sim, mas elas não podem adivinhar os pensamentos dos doentes, não é?

R- Isso (sorri)..., aquilo mete medo? Mete não há dúvida nenhuma, uma pessoa diz: "bom, acabou, terminou (sorri)... uma pessoa que é que há-de fazer? Quando dizem o nome, ainda por cima, "pronto agora vou", uma pessoa se é católica é capaz de pedir a todos os santos e porque não?... eu até nem sou muito católico... naquele momento de aflição rogo a todos os santos... pode ser que algum ouça (sorri)... mas de resto eu sou sempre muito calmo e procuro a melhor maneira de resolver o problema, mesmo antes de me dar qualquer coisa, de resolver o problema sem... evitar barulhos... se eu viver, se eu conseguir viver faço aquilo que o médico disser e vou respeitar o que devo fazer.

E- Disse-me anteriormente que o ambiente não ajudava... não foi?

R- Ajudar, não ajuda muito. Uma pessoa que não sabe se está sol, se está chuva, ouve-se as crianças a fazer barulho, às duas da manhã, às três da manhã... não sei de que é. A assistência é impecável. As equipas que há, há mais que uma equipa... todas elas mais ou menos, mais ou menos não são muito diferentes. Estive num sítio estratégico, ali eu via tudo o que se passava entre eles e a maneira que explicavam aos outros... são boas equipas e depois estão 24 sobre 24 horas, sempre com cuidados todos, há algum de que se pode dizer alguma coisa, mas há doentes também que (sorri)...

Pode-se dizer que são simpáticos, há alguns que acolhem melhor a pessoa... mas profissionalmente pode não ser tão bom e o contrário... mas por acaso não era... vi dois médicos que eram realmente conscienciosos e sabiam o que estavam a fazer... no conjunto não se pode dizer mal, apesar do sítio ser mau, mau para nós e para eles também, estão ali metidos 10 a 12 horas, está a perceber... é que eles não estão doentes, o mal é esse... (sorri).

Há coisas que custam, uma pessoa com dores e as luzes a baterem na cara, mas elas têm o sentido de cuidado... lembro-me de dois médicos lá que por

R- Exemplo me disseram: "o senhor não peça para ir para cima, não force, deixe-se estar aqui, não é bonito, mas deixe-se estar aqui que é bom" (sorri)...

E- Que implicações, que alterações que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- Eu agora felizmente não vou trabalhar para ganhar, pr'a comer, não. Se tinha que ganhar, já está ganho, não tenho essa preocupação. Os filhos já estão criados... tenho os meus netos...

Agora vou ver o que os médicos me vão dizer... só tenho que obedecer!
Vou-me restringir àquilo que me disser: "tem que fazer assim e assado", e eu tenho que equilibrar aquilo. Ainda acabei de dizer há bocado ... estava um cunhado meu aqui, estava a combinar ir jogar bilhar... e diz a minha mulher "não vai haver bilhar nenhum", "porque é que não?" São coisas das mulheres não é? Não vou estar a mudar a minha vida por causa disto... de resto, não vou alterar nada, está cá, está cá (sorri)... acabou...

ENTREVISTA Nº 26 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 69 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: agricultor/reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Na freguesia há lá uns ranchos e resolveram fazer uma malhinha de centeio que eu agora não sou de lavoura, mas em tempos fui e vieram-me pedir assim: "Ó senhor fulano, queríamos que você nos fosse ajudar", éramos uns 14 homens, numa brincadeira, deu-lhe para aquele rancho filmar aquilo. Fomos lá para uma eira e andamos a espalhá-lo na eira e andamos a malhá-lo. Eu andei até um certo ponto, chegou a um certo ponto começou-me a doer-me aqui (apontando para o peito) e disse-lhes a eles: "vinde aqui tomar conta do meu malho que eu não malho mais". Não queriam que eu fizesse aquilo, mas eu mais um outro saí daqui para fora, começou-me a doer mais, a doer mais, e vim até à beira duns campos com a ideia de ver se arranjava água para beber, mas começou-me a doer mais e pensei: "não vá eu lá cair", estava numa motorizada, peguei na motorizada e vim-me embora. Cheguei a casa e disse pr'a mulher: "olha que não estou bem, nem à motorizada agradei". Ela e a uma filha : "guardai-me a motorizada", que eu fui para dentro de casa, comecei a tirar a minha roupinha e era tanto suor. Elas tiraram-me a roupinha: "então tu estás todo molhado? Vamos já contigo para o dispensário". Sou do Concelho de S.T.. Cheguei ao dispensário, a dor assanhava mais. Eu estava no dispensário, "vamos passar uma cartinha pr'ó Hospital S. T.. Cheguei ao hospital S. T.", fizeram-me uns exames e disseram: "Agora o senhor vai para o H.S.J.". Trouxeram-me pr'aqui e eu sempre com a dor. Eram oito, oito e meia. Eram 9, 9,30, aquela

dor foi passando, foi passando, deslindou-se e e nunca mais tive nada, nunca mais me doeu. Toda a pessoa que chegou à minha beira, sempre atenciosa e fez tudo quanto era por mim. Não tenho queixa de pessoa nenhuma, com todas estas voltas que dei. Todas as pessoas que chegavam à minha beira: "não se aflija, você sara, você sara, não se aflija, isto passa". Deram-me todos os recursos até que no H.S.T., não sei se era médica ou enfermeira, não sei explicar à senhora, eu tenho dentes postiços, queriam meter aqui... como hei-de dizer... o termómetro pr'á febre e tiraram-me a placa, e depois com a dor e com a coisa de me pôr na maca, não a pedi, lá ma guardaram e depois mandei lá um filho buscar e lá tinham tudo escrito, e a senhora a dizer: "é aquele senhor, tudo o que ele pedisse, tudo lhe dávamos", Agradeço a toda a gente o que olharam bem por mim. Aqui, o que mais estimei foi todo o carinho que elas me deram. Estas enfermeiras, mesmo os doutores do nº 1 onde estive desde o sábado à noite até agora à bocadinho, tudo mesmo o que pertence de bom.
E- Quais foram os seus pensamentos, preocupa-ções que teve nesse serviço?
R- O ser operado, porque esteve lá um doutor logo que cheguei e disse-me: "olhe lá, o senhor sabe assinar?", "sei, senhor doutor.", "é que nós queremos fazer-lhe um tratamento, mas

tem que ser assinado". "Sim, senhor doutor, eu assino, eu quero é ser sarado". Assinei o meu nome por duas vezes, só o meu nome, G., que eu sou G.", "é só isso que nós precisávamos", todo o carinho, acordei com toda a coisa e fiquei todo satisfeito por tudo aquilo que me fizeram.

Não tinha medos nenhuns, a senhora sabe, a dor da maneira que me estava a pegar, eu entendia que se não fosse tratado que era capaz de não... assim tratado fica agarrado à carne. Foi assim que eu pensei, já fiz cinco operações... por isso já sei o que são os hospitais, já parti uma perna, isto no HSM, deixei dias infelizes, mas ao menos me curei sempre, creio bem. Quando me aparece isto...

De todas as experiências que tive de operações agradeço a toda a gente que me auxiliou e a Deus

R- que decerto ajudou-os a eles a auxiliar-me a mim, que eu sou uma das pessoas que ocupo bastante a Igreja, ainda ontem veio cá uma senhora que é ali de S.T., trazer a comunhão aqui a diversos, a quem aceitava e eu sempre aceitei. São coisas que sejam pr'a nos sarar, ter sempre coragem pr'a qualquer coisa que nos apareça.

Estava tranquilo, estava tranquilo da vida, estava fora de casa, o que me custa é sair fora de casa, depois de estar fora de casa nunca mais me leva a casa e o que lembrou mais ainda isto, a minha mulher que estava ali vai ter que ser internada amanhã no hospital pr'a ser operada a uma anca e só isso é que me lembrou mais, oxalá ela tenha tanta coragem como eu... é o que peço a Deus... ela vem, aqui uma hora vai-se embora, estou tranquilo é o que lhe digo a ela: "vai lá com a vida, ide fazendo a vida como íamos fazendo inté agora, quando acabar de melhorar vou pr'á vossa beira...". A mim não me custa nada, não custou nada, estava lá, tranquilo, vim de lá pr´á qui, foram eles que me mandaram, senão ainda estava lá ainda agora, eles é que me mandaram cá pr'a cima, é que foram à minha beira, enquanto que eu tranquilo da vida.

Tudo aquilo que tinha adentro de mim, que me parecia é tudo de bom.

E- Que implicações, que alterações que esta sua doença terá na sua vida futura?

R- Eu estou-me a lembrar é que até agora não fazia uma dieta, tenho de me lembrar que tenho de fazer mais regime na comida, mais nisto ou naquilo, até agora a gente fazia comer prós filhos fazia também de comer para mim, lembra-me se calhar... ter de chegar a casa, quer dizer, de economizar numa coisa ou noutra, ou só é isso que me lembra... não sou homem de andar pelas zonas, gosto de ter umas verduras nos quintais e todo o bocadinho que posso viro-me para uma verduras. Tenho uma vinha, tiro de lá um bocadinho de vinho, faço as podas, estou por aí, se os filhos precisar que os ajude, tenho alguns casados, vou ajudar os filhos, ou às vezes se vier algum amigo que me peça, que foi o caso de estar a ajudar os outros como tinha uma vaga fui ajudar, é o meu trabalho...

E- Pensa que vai continuar a fazer o mesmo? Sente forças e vontade?

R- Eu entendo que sim. Pr'agora sinto forças, oxalá que elas... que elas não faltem, como as forças que me sinto agora.

E- Não se sente desanimado?

R- Nada, já outros senhores lá à beira de mim... tinha tido isto: "lá estou eu como os outros, também". Já há dois senhores lá ao meu lado, da minha terra, que tiveram enfartes, já foram operados e andam lá até ver, até somos amigos e vizinhos e eles andam lá, passam bem, eu vou chegar à mesma coisa.

E- Enquanto esteve internado, estava a compreender tudo o que estava a passar consigo e com o seu coração?

R- Entendi assim, claro que eles ao fazerem as coisas diziam: "olhe, que você teve assim,

assim, é uma veia que lhe secou e assim", e compreendia, já o caso se tinha passado com outros à minha beira e eu bom... estou na mesma como eles, não sou mais que os outros.

ENTREVISTA Nº 27 – H.S.J.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 77 anos
- **Habilitações literárias**: 2º ano do Liceu
- **Sector profissional**: doméstica
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Pensei, ó meu Deus está-se no céu. São meninas, enfermeiras... doutoras, ainda ontem era uma hora da noite, foi uma senhora Enfermeira ver se estava bem, se precisava de alguma coisa, é muito importante não é?, muito, muito agradáveis, muito simpáticas, muito boas... agora estou em recuperação, estou convencida que vou depressa embora porque perguntei agora à menina , à enfermeirinha que como eu já foi operada a uma perna, não é que agora tenho mais uns dias para recuperar, é uma alegria tão grande que a senhora não calcula a alegria que vai na minha casa se realmente tiver a felicidade de me curar e de me ir embora, ai meu Deus!
Vem de repente, dá-nos aquilo e nós não pensamos em nada, que sofremos aquilo que temos que sofrer, enfim... com resignação, aquilo que Nosso Senhor nos envia, não é? Agora da minha idade é com resignação, é como os padres que chegam a uma certa idade e tem a resignação deles, de parar e resignar-se com a vontade de Deus. Mas encontro-me muito feliz, sou muito feliz, a senhora faz favor de ver, estou aqui neste sector tão bonito, tão alegre, tão bonito, tão saudável, tão boa gente e não posso dizer mal do mundo, o mundo é para mim muito bom. Tenho tido muitas fraquezas muitas vezes, mas Nosso Senhor também sofreu e a gente tem que ter aquela resignação da nossa própria idade, mas eu...

Desta vez, quando vim, fiz uma coisa até feia, porque eu pensei que ia morrer, ali, entrei e parecia que via assim a morte a cercar-me, que ia morrer e não queria morrer.
E- O que sentiu?
R- Assim, uma paixão muito grande, assim, aquela paixão, o coração sofre muito, a doença do coração é muito triste, senti assim uma paixão muito grande, porque pensava que era uma doença que me ia levar, estava triste. Depois, todos me conformaram muito, deram-me muito carinho, tanto médicos como... tive aconchego de todos, dos próprios médicos, das enfermeiras, as... tudo, tudo, se aconchegou comigo... juntou-se ali tudo comigo e deram-me muita consolação, que ia curar, que ia sarar, que isto não ia valer nada"... mesmo aqui, chegou o senhor Enfermeiro, deu-me tanto alento, tanto alento, senti logo uma felicidade tão grande em mim, levantou-me, eu já estava cansadinha de estar deitada, com esta dor que tinha na perna e ele coitadinho foi-me logo buscar umas pastilhas prontas para eu tomar. Que felicidade, nem há quando temos assim umas pessoas assim que vêm ao nosso encontro para nos valer ou ajudar... mas eu tenho tido muitas doenças, muito reumatismo, muita fraqueza, muita anemia, muito tudo, já parti as vértebras e tive já muitas doenças e a idade já não é nada de brincar, tenho 77 anos... mas eu não tenho paixão de viver, enfim, a vida inteira, quando Deus Nosso Senhor mandar-me chamar que a gente conte para tentar

resignação, para agradecer o tempo que nos ajudou neste mundo...

E- Quais as implicações, as alterações na sua vida futura?

R- Por mim não vai haver nenhumas, porque não vou fazer nada e fazer todo o possível para não adoecer outra vez, estar ao pé do meu marido, dar-lhe palavras de consolação, enfim... o fim da nossa vida é assim não é doutra maneira.

ENTREVISTA Nº 28 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 53 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: pescador/reformado
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- No domingo deu-me o enfarte eram 8 horas da noite, fiquei a sofrer na minha cama até às 10 da noite. Às 10 da noite fui para o H.S.J., lá tive um doutor que era o da Caixa, entrei directamente, esse mesmo doutor trouxe-me e fiquei internado e fiquei então sempre a sofrer até às 5 horas da manhã, sempre a sofrer, era isso que eu tinha sempre.
E- Que sofrimento?
R- Era dor dentro do coração mesmo, eu dizia que era do coração, mas não é do coração, é as artérias, que eu já sei o que é uma artéria que eu já fui fazer o cateterismo, eu vi num programa antes de ter o enfarte, eu já tinha visto antes, há 20 anos antes, quando me deu um enfarte, há 11 anos, em 86, no dia 23 de Dezembro... Ao fim de um ano fui operado, agora senti uma dor, nunca quis ir ao hospital também, aguentei sempre em minha casa, desde que me começaram a subir uns suores à cabeça, então a minha senhora transmitiu directamente à minha filha pr'ó H.V.C.. Então sofri, sofri, sofri, só 5,30, 6 horas é que me passou a dor, de resto lá em baixo estava tudo bem porque é uma coisa boa uma pessoa comer uma dieta porque em nossa casa nunca se come uma dieta, e também digo com franqueza, com a verdade que aqui come-se bem e sempre é uma coisa boa pr'a um doente, pr'a mim é uma coisa boa que eu já emagreci 5 quilos, para mim foi uma coisa boa também e come-se bem e eu em casa como mais picantes, mais salgaditos, vem um

peixe, vem uma ramboiada, vem uma festa, eu por acaso tive uma festa no domingo quando onde me deu o enfarte, estava nos anos da minha neta, tem três anitos... deu-me o enfarte e vim remetido para o HSJ.
O que senti, senti... eu ouvi de manhãzinha dizendo que as veias, duas veias entupidas já, foi o que eu ouvi dizer, eu vi enfiar uma, vi enfiar outra pela televisão, mas de resto não senti nada, eu já sei que venho para aqui, já sei como é a vida... não me preocupo não, nem me preocupei mais...
Eu sou quanto é franco, eu gosto de trabalhar, eu sou pescador e então acontece agora sou reformado há pouco, a minha senhora trabalha de costura em casa, é o que tem valido para comer para mim e para ela e também tomo conta dos netos e gostava de trabalhar para ajudar a família, o braço de uma mulher não dá nada minha senhora.
E- Quando lhe disseram que tinha tido outro enfarte, pelo que me disse, não se preocupou?
R- Não, porque já me tinha dado antes e já estava a sofrer há 15 dias ou há 20 anos.
E- Sabia o que lhe estava a acontecer?
R- Sabia, pensei que botava as pastilhas, que desentupia as veias... não resolvi nada e ainda

piorei, foi aonde...

E- Devia ter vindo logo que lhe deu a dor!

R- Eu acho que sim, foi o que eu pensei, foi o que o senhor doutor disse lá em baixo, não quero aborrecer as pessoas, assim , incomodar as pessoas, até que há muitos doentes que querem ser mais atendidos, há doentes que querem ser mais atendidos do que eu, eu neste momento estou bem, estou aqui desde domingo, 5 – 6 dias, estou bem, não sinto aquela dor que já sentia ó primeiro, desde que fui operado e sinto melhor, ou é da comida ou é do tratamento, em casa também me trato mas não sei como é, só sei que melhorei muito, e ò depois não correspondi àquilo que o prof. J. me disse: "O senhor tem uma angina de peito, não pode esforçar o corpo, não pode comer, bebidas alcoólicas", eu tenho ido a casamentos, sabe como é, só hoje, é só hoje, não, não é só hoje e uma pessoa peca. Neste momento, neste momento, não vou pecar mais nisso acredite, porque já tenho 53 anos, quando me deu o primeiro enfarte tinha 41 e eu era novo, "isto

passa, isto passa", não passou nada, ainda entupiu as outras duas. Agora foi duas que estavam entupidas, como fiz o cateterismo na 2ª feira, agora vão-me fazer outro... não sei..., ainda não perguntei nada...

E- Procure contar-me a sua experiência, o que viveu, o que sentiu, as experiências que foram positivas e negativas, neste último internamento na Unidade Coronária.

R- Digo bem, são pessoas amoráveis, aparecia uma por outra, dizendo uma palavra contra elas, mas não contra nós, a nós fazem tudo, lavavam o corpo... era limpeza, davam água para lavar a boca, tinha barbeiro para fazer a barba, mudam a roupa todos os dias, a da cama, lavam os pés, as costas, unicamente não me lavavam entre as pernas porque só eu que tenho que me lavar...

Agora tive menos medo, tive mais medo ò primeiro porque o primeiro uma pessoa... nunca estive doente na minha vida, nunca fui operado, depois apareceu este enfarte com 42 anos... agora já sabia como era, foi por isso que me aguentei mais tempo em minha casa, "ai, ai, a doer em casa e eu, uma pastilha debaixo da língua", não sabia o que era um enfarte, dizia que era o coração, dizia que sofria do coração, "dói-me o coração, dói-me o coração".

E- Hoje sente que está mais informado, que sabe mais da sua doença?

R- Acho que sim, penso... é preciso saber o que aconteceu e o que vai acontecer para a próxima ainda... da última vez deram-me um papel dizendo que tinha uma veia, não sei quê, uma angina de peito... se nos explicarem percebemos mais e faz falta... ainda eu hoje perguntei "o que são aqueles tubos que se põe na virilha, são tubos plásticos ou?...

E- Quais as implicações, alterações que vai que esta nova crise da sua doença irá ter na sua vida? Já pensou?

R- Já, o caixão... pra quando eu morrer ir para a cova. A gente não sabe o dia de amanhã, hoje pode correr bem, amanhã correr mal, e vamos e depois morre-se. Eu queria não ter nada, ter saúde para poder trabalhar, ter o meu barquito, ajudar a minha família...

Não vou mudar nada, porque já não posso fazer nada, fazer força, já canso... eu andava cem

R- metros tinha que parar... já morreram dois dos meus vizinhos,, que estavam sempre sentados na mesma cadeira, andavam 50 metros, tinham que parar, morreram já, tiveram um enfarte também... esses senhores foram operados quando a mim e já foram levados... e eu já não posso trabalhar... a mulher em casa manda-me descascar batatas e eu descasco batatas, já fui cozinheiro nos navios e acontece que sei fazer comida... e vou ajudar a minha senhora...

E- Parece-me desanimado...

R- Não estou desanimado, se saísse hoje até ia contente... mas já não posso trabalhar, pode dar

ainda outro enfarte, já me deu o segundo, se me dá o terceiro já não se espera mais nada agora...

ENTREVISTA Nº 29 – H.S.J.

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 54 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: camionista/distribuidor de produtos
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.
R- Eu não sei o que vai ser mais tarde, não posso dizer, porque eu fui sempre uma pessoa muito saudável, trabalhei 24 anos em França e nunca estive doente, cá também não, é a primeira vez, tenho sido sempre muito saudável, por isso não vejo que tenha sido disto ou daquilo e agora vou ser operado no hospital da P. à anca, que está usada e por isso não vejo outras coisas, mas agora na idade que eu estou, faço 54 anos... as doenças começaram-se a alterar cada vez mais, não é? Quando chegamos a esta idade não sei se é dos produtos para tratar a batata, os legumes, tudo, porque é tudo tratado hoje praticamente, eu também bebia à refeição, não é? Fumava os meus cigarros, fumei durante 40 anos, tinha 14. Estou quase com 54... Há quem diga que é do tabaco, eu vou ver se não fumo mais, não é? Para mim o tabaco acabou... Eu não tenho problemas, graças a Deus, de dinheiro, nunca tive de pagar a renda, carros, tenho dois graças a Deus, e nunca tive problema nenhum, tenho uma filha que andou com um tipo casado e isso alterou-me muito... está resolvido mas ficou sempre cá escrito, é isto, nunca tive mais problemas na minha vida. Faz amanhã oito dias passei o autocultivador no meu quintal em baixo para meter o meu nabal e virei, virei aquilo e andei quase o dia todo e então fiquei sempre espalmado, fui operado aos braços por espondilites, fico sempre espalmado e no Domingo andava mais ou menos, e na 2ª feira

R- digo assim "tenho aqui uma dor, tenho aqui uma dor mulher, no peito, de um lado e outro a aperta-me este braço e este. "Ò é de andares espalmado", chega-se a 3ª feira, aí por volta das 6, 6,30 horas, a mesma coisa. "Eu vou já ver o médico". Fui ver o médico, e mandou-me para cá e afinal foi-se a ver era o princípio de um enfarte... Não contava com aquilo, podia ser qualquer coisa, podia ser uma angina de peito, também me lembrei eu e afinal era o princípio de um enfarte.
E- Isso assustou-o?
R- Pois não assustou! O coração parando...da urgência fui para a Unidade Coronária, eram 11 horas da noite e saí hoje... estava todo contente, o senhor doutor estava-me a dizer : "O senhor vai embora", vai embora... lembrava-me que ia para casa, não é? Em princípio, afinal, foi cá para cima mas ele disse-me que não tinha grande problema comigo, para eles é muito é muito pior e para mim assim seja eu prefiro estar em casa a fazer qualquer coisa do que estar aqui.
E- Conte-me a sua experiência da Unidade e quais foram para si as experiências positivas

ou negativas.

R- Está tudo muito bem, trabalham todos muito bem... com muita limpeza... as Enfermeiras quando chamávamos, tocávamos as campainhas vinham logo, trazer uma caneca de água, tudo... de vez em quando desengatavam-se aquelas coisas electrónicas, "deixe estar que eu vou engatar isso"... e tal..., sempre bom pessoal, estava tudo muito bem organizado...
Custa um bocado não ter uma pessoa de família ao pé, um tipo a conversar passa melhor o tempo, não é? Mas embora, eu vou-lhe dizer uma coisa, embora haja doenças que não deiam para falar com essas pessoas, talvez canse-os mais. Eu comigo estava bem, com alguém comigo a conversar, ou alguém ao meu lado, como estava lá uma velhinha, coitadinha de 80 anos, a gente falava-lhe de vez em quando e até este colega que veio para cima, também falávamos. Agora uma pessoa, se for muito grave, muito grave, deve haver uns quartos a propósito, até mais bloqueados por causa do barulho.

E- **Custa a passar o tempo na Unidade?**

R- Custa, custa a passar e a pessoa como este que este dia e meio de papo, de barriga para cima, não é?

Começa a doer as costelas, tudo e se estiver acompanhado, conversando e assim, passa melhor o tempo, compreende? Porque aquela posição, a gente chega a um certo ponto fica saturado, está todo partido. Posições que a gente tem o hábito de as ter, é uma vez na vida, quando a gente está doente, é o caso...

E- **Acha que os Enfermeiros podem ajudar de algum modo a resolver esses problemas?**

R- Eles, eles quando vinham... são muito engraçados, falam pr'á gente e assim, vão agora, vem outro depois, tornam a vir, passei bem o tempo, passei... só que estava-me a doer muito e estava quase para tirar as coisas para me endireitar, a posição fazia doer, doía o corpo todo...

E- **Há pouco falou-me de implicações ou alterações que vão acontecer na sua vida, pensa que poderá haver mais?**

R- Vou ver se não fumo mais, não comer salgado como comia, beber um copo ou dois de maduro bom pode-se, não é? Às vezes vou muitas vezes ao restaurante... a gente bebe uma garrafinha, eu e a minha mulher, não deve também fazer mal... Quando me deu isto estava a trabalhar na Agros como distribuidor... eu em casa tenho que fazer alguma coisa, tenho muitas árvores frutíferas, um terreno... eu não queria vender aquilo mas se não puder, o que hei-de fazer... se não me cansar muito eu tenciono fazer tudo na mesma...

E- **Não perdeu a coragem nem o ânimo para continuar os seus trabalhos?**

R- Não, não, não penso, se eu pensar pior é Compreende? Não posso pensar. Pior é para mim, se não ando sempre a pensar naquilo.

ENTREVISTA Nº 30 – HSJ

- **Sexo**: masculino
- **Idade**: 54 anos
- **Habilitações literárias**: 3ª classe
- **Sector profissional**: trolha
- **Estado civil**: casado

ENTREVISTA	
E-	**Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve inter-nado na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras, que foram para si experiên-cias positivas e negativas.**
R-	Era uma dor... assim, lentamente, uma coisa passageira, depois na quarta-feira é que me deu forte, assim forte, forte, e depois ao jantar, comi, tomei um medicamento, Aulim, por causa dos ossos... e depois começou-me a dar umas solturas, a minha mulher e o meu genro levaram-me aqui ao H.S.J. e foi quando um médico veio à minha beira e disse: "ele tem já de ser tratado, vai para a Unidade, que já estão os médicos à sua espera", E assim estiveram, estive ali no Piso 1 e depois é que vim para aqui, já estou melhor. No Piso 1.
E-	**Na Unidade Coronária.**
R-	Sim, fui para as máquinas, comecei a tomar medicamentos e agora estou praticamente limpo, tenho é que ter repouso e lá vou indo, devagar.
E-	**Quais foram para si as experiências positivas?**
R-	Foi o ter a dor aliviada, uma ferida no coração e agora tem que ser curada. Senti-me calmo, nunca me enervei, pensei: "estou aqui pr'a curar-me", uma pessoa não vai desanimar da vida, senão ainda relaxa mais a saúde, está a perceber? Eu entrei, como estive agora a falar para a senhora.
E-	**Nunca lhe faltou a coragem?**
R-	Não, nada, nada, eu pensava: "a gente está aqui para curar, não é para chorar. O pessoal era bom, a gente era sempre assistida, fazem o tratamento, fazem tudo, chegam o que é preciso e falam duma maneira especial, está a perceber? Uma pessoa parece que fica mais à vontade, alivia mais a dor até, faz de conta que a gente está em casa, mas

	não é?
E-	**Sentiu-se em casa?**
R-	Sim, estava-se bem, não faltava nada. É só dizer que não estávamos dentro de casa.
E-	**Sabia tudo o que se passava a seu respeito?**
R-	Sabia tudo.
E-	**Quais as implicações, as alterações que esta sua doença irá provocar na sua vida futura?**
R-	Tenho que fazer a mesma coisa, o tratamento... estou de baixa desde Abril, em casa vou entreter-me com a bicharada, disseram-me que não podia fazer força...
E-	**Não fazer força como?**
R-	Deste braço, que fui operado, mas não sabia o que tinha aqui dentro, tenho que ter cuidado agora, andar devagarinho, descansar muitas vezes na cama, não fazer serviço puxado. Já me disseram: "Agora, tem que ter calma, agora, não puxar muito, nem nada", fazer uma comida, uma dieta rigorosa...

E- E vontade para continuar a viver?
R- É sempre pr'á frente, uma pessoa nunca pensa no que vem atrás, só pensa no que vem à frente.
E- A que atribui esta sua doença?
R- Não sei, não tenho ideia.

Anexo III – Exemplo da formatação efectuada das entrevistas

ENTREVISTA Nº 1 – H.G.

- **Sexo**: feminino
- **Idade**: 74 anos
- **Habilitações literárias**: 4ª classe
- **Sector profissional**: doméstica/reformada
- **Estado civil**: casada

ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
E- Descreva-me o que vivenciou quando soube que tinha tido um EAM e enquanto esteve internada na Unidade Coronária. Procure relatar sentimentos, sensações físicas, pensamentos, atitudes, palavras que foram para si experiências positivas e negativas. R- Eu de noite quando dormia acordava às vezes muito aflita e o meu coração parecia um cavalo a trabalhar, as minhas filhas arranjaram-me um especialista muito bom no Porto, na rua de Santa Catarina e ele lá me consultou e disse-me que eu não tinha nada de maior no coração, mas que eu era uma pessoa nervosa, mas eu até acho que sou uma pessoa de paciência e de calma... disse-me que os meus nervos me atacariam o coração, que eu estivesse descansada que não tinha nada de maior no coração. **E – O que é que a levou a vir, aqui no hospital?** R- Eu tive uma dor no peito, uma primeira, uma segunda e depois passou, mas depois veio uma dor muito forte, ia da sala para o quarto, sentei-me, comecei a apertar o peito, comecei a chorar e disse: ai Jesus, que dor tão forte, doi-me tanto o meu peitinho, meu Deus, faltava-me mais isto agora. O meu marido estava a ver televisão e perguntou-me: "tu que tens... não estás bem", e disse -lhe: "não, não estou bem". Tinha uma dor no peito e não queria que as filhas soubessem e ficassem aflitas e assim não queria. Nisto, foi chamar a mais nova e disse-lhe: "Isabel, Isabel, anda à mãe que a mãe não está boa". Ela ficou aflita, muito aflita... "oh filhinha, isto passa-me... isto passa-me, doi-me muito o meu coração mas isto passa-me ". "A senhora não se afligiu com nada, nem com o pai, nem com nada?". " Não, não me afligi com nada, mas está-me a doer muito acima ". "Vamos lavar,	

vamos vestir e vamos ao hospital ".	
Fomos para o Hospital de Espinho, tivemos muita sorte com o médico, um bom médico, lá me examinou, lá me deitou, mediu-me as tensões e assim. "É melhor a senhora ir pr'a Gaia", e a filha disse: "está bem senhor doutor". **E- Disseram-lhe o que tinha tido?** R- Disseram-me que tinha tido um ataque no coração... um Enfarte. **E- O que pensou e sentiu nesse momento?** R- Olhe, eu pensei que ia morrer e até queria morrer, era..., era... (suspiro). Vim para aqui e estou aqui há 7 dias... fiquei triste, mas ao mesmo tempo disse: "deixa lá, seja o que Deus quiser... às vezes pedia a morte a Deus **E- Conte-me quais as experiências que lhe foram negativas.** R- Negativas? **E- Que lhe custaram, que recorda com amargura, tristeza.** R- As dores terríveis, eu não estava bem... eu vim para aqui mas não queria vir... para não afligir as filhas... mas fiz bem porque decerto eu tinha morrido, não tenho mais coisas desagradáveis. **E- Conte-me agora quais as experiências positivas, que recorda com satisfação.** R- Agora ultimamente melhorei muito, estou melhorzinha, não me custa falar, elas... as enfermeiras até dizem que eu falo muito, que não descanso. Elas têm-me ajudado muito, são boas, meigas, tratam a gente muito bem e eu até sou uma pessoa muito chocada. Aqui os médicos e as enfermeiras são boas. **E- Quais as implicações, as alterações na sua vida futura?** R- As minhas filhas vão tomar conta de mim, vou dar uma volta à casa, ao quintal, deito-me num sofá, num terraço que tenho muito grande e se puder trato de umas roupinhas... sabe, podendo faço... tenho umas rendas para fazer... elas não querem e eu também já disse que tem muitas. **E- Parece-me mais animada!** R- Olhe, sabe o que me dá força de viver, embora tenha pena e às vezes até peça a morte a Deus porque tenho tido muitos problemas, uns que se sabem e outros que não se sabem... os meus filhos e dois netos dão-me força para viver... eles são a luz dos olhos da gente...	

Anexo IV – Grelha geral de análise
1° momento

1º Momento

								PENSAMENTOS / COGNIÇÕES															REACÇÕES																		SENSAÇÕES C		ID					
Entrevista	Local	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Sector Profissional	Actividade	PC/ES (+)	PC/ES (-)	PC/ES (0)	PC/D (+)	PC/D (-)	PC/D (0)	PC/I (+)	PC/I (-)	PC/I (0)	PC/IT (+)	PC/IT (-)	PC/IT (0)	PC/HP (+)	PC/HP (-)	PC/HP (0)	R/ES (+)	R/ES (-)	R/ES (0)	R/D (+)	R/D (-)	R/D (0)	R/I (+)	R/I (-)	R/I (0)	R/IT (+)	R/IT (-)	R/IT (0)	R/F (+)	R/F (-)	R/F (0)	R/HP (+)	R/HP (-)	R/HP (0)	SC (+)	SC (-)	HSA	IC	ACD	IT	VA	total
1	CHVNG	74	F	casado	4ª classe	terciário	NA				3	1	1							1						2	1	5								1	1					14	2					
2	CHVNG	50	M	casado	4ª classe	secundário	A																																			2						
3	CHVNG	54	F	casado	geral	terciário	A					1														12																3	1					
4	CHVNG	61	F	casado	4ª classe	terciário	A													1	3							1										2	1			1			1			
5	CHVNG	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA																					1														3						
6	CHVNG	65	F	casado	analfabeto	terciário	A					1															1	1										1				2	2					
7	CHVNG	71	M	casado	4ª classe	terciário	NA																					2														3						
8	CHVNG	61	M	viúvo	analfabeto	secundário	A		2			1																2														6	1			1		
9	CHVNG	77	M	casado	licenciatura	terciário	NA																					2									1					3	3					
10	CHVNG	46	M	divorciado	12º ano	terciário	A					2										1						3														5						
11	CHVNG	70	M	casado	analfabeto	secundário	A	1									3						1					6														9	3			1	2	
12	CHVNG	54	M	casado	geral	terciário	NA					1	3														1	5														12	3					
13	CHVNG	77	M	viúvo	3ª classe	primário	NA																					5														11						
14	CHVNG	42	M	casado	geral	terciário	A				3	2	2													4	2	5														3	4	1	2			
15	CHVNG	64	F	casado	4ª classe	terciário	A						1																													2						
16	CHVNG	70	M	casado	4ª classe	secundário	NA					2																1										1				3	1					
17	HSJ	52	M	casado	4ª classe	terciário	A																																									
18	HSJ	39	M	casado	4ª classe	secundário	A						1													2		11													2	30	4		1	2		
19	HSJ	63	F	viúvo	4ª classe	terciário	NA																																			2						
20	HSJ	49	M	casado	4ª classe	secundário	A																																									
21	HSJ	74	M	solteiro	4ª classe	secundário	NA						2							1								2														5			1			
22	HSJ	54	M	casado	licenciatura	terciário	A					2																13									1		1			16	1					
23	HSJ	58	F	viúvo	geral	terciário	A		2	2	1		6												1	1		8													1	7	9	1				
24	HSJ	48	F	casado	4ª classe	terciário	A														1						1	2														6			1			
25	HSJ	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA																					1														7	2		2			
26	HSJ	69	M	casado	4ª classe	primário	NA						1			1				2								9										1		1		5	2				2	
27	HSJ	77	F	casado	2º ano liceu	terciário	A																					4											1				2				4	
28	HSJ	53	M	casado	4ª classe	primário	NA			1		3	3														1	8											4	1		6	6		1			
29	HSJ	54	M	casado	4ª classe	terciário	A																					1														4	6		7		1	
30	HSJ	64		casado	3ª classe	secundário	A																					2														6						
								1	4	3	7	16	20	0	0	1	3	0	0	5	4	1	1	0	1	21	7	100	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	7	2	3	176	52	2	16	4	9	475
percentagem das sub-categorias face ao total das sub-categorias								0,2%	0,8%	0,6%	1,5%	3,4%	4,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	0,0%	0,0%	1,1%	0,8%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	4,4%	1,5%	21,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	1,1%	1,5%	0,4%	0,6%	37,1%	10,9%	0,4%	3,4%	0,8%	1,9%	100,0%
																						65																		148		179						
percentagem das categorias face ao total								13,7%															31,2%																		37,7%		10,9%	0,4%	3,4%	0,8%	1,9%	
										8			43			1			3			10			2			128			0			0			4			14		179	52	2	16	4	9	
																																								148								
percentagem de cada sub-categoria face à categoria								14,8%			66,2%			1,5%			4,6%			15,4%			1,4%			86,5%			0,0%			0,0%			2,7%			9,5%										
percentagem dentro de cada sub-categoria								12,5%	50,0%	37,5%	16,3%	37,2%	46,5%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	40,0%	10,0%	50,0%	0,0%	50,0%	16,4%	5,5%	78,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	35,7%	50,0%	14,3%	1,7%	98,3%	96,3%	3,7%				

Anexo V – Grelha geral de análise
2º momento

2º Momento

							PENSAMENTOS / COGNIÇÕES															REACÇÕES																SENSAÇÕES C.		ID			
Entrevista	Local	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Sector Profissional	Actividade	PC/ES (+)	PC/ES (-)	PC/ES (0)	PC/D (+)	PC/D (-)	PC/D (0)	PC/I (+)	PC/I (-)	PC/I (0)	PC/IT (+)	PC/IT (-)	PC/IT (0)	PC/HP (+)	PC/HP (-)	PC/NP (0)	R/ES (+)	R/ES (-)	R/ES (0)	R/D (+)	R/D (-)	R/D (0)	R/I (+)	R/I (-)	R/I (0)	R/IT (+)	R/IT (-)	R/IT (0)	R/F (+)	R/F (-)	R/F (0)	R/HP (+)	R/HP (-)	R/HP (0)	SC (+)	SC (-)	HSA	IC	ACD	IT
1	CHVNG	74	F	casado	4ª classe	terciário	NA	2				1														1	3	1																1		
2	CHVNG	50	M	casado	4ª classe	secundário	A																																						
3	CHVNG	54	F	casado	antigo 5º ano	terciário	A																																			2			
4	CHVNG	61	F	casado	4ª classe	terciário	A	2																																		1		1		1
5	CHVNG	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA																																							2
6	CHVNG	65	F	casado	analfabeto	terciário	A				1																															1				1
7	CHVNG	71	M	casado	4ª classe	terciário	NA																																							1
8	CHVNG	61	M	viúvo	analfabeto	secundário	A																																		1				1
9	CHVNG	77	M	casado	licenciatura	terciário	NA																					1																1		1
10	CHVNG	46	M	divorciado	12º ano	terciário	A		2		1						2	2								1	1	3															6			3
11	CHVNG	70	M	casado	analfabeto	secundário	A										1															2											2	2		1
12	CHVNG	54	M	casado	antigo 5º ano	terciário	NA																					1															1	3		3
13	CHVNG	77	M	viúvo	3ª classe	primário	NA																																						2		
14	CHVNG	42	M	casado	curso geral comércio	terciário	A																																							
15	CHVNG	64	F	casado	4ª classe	terciário	A																																							
16	CHVNG	70	M	casado	4ª classe	secundário	NA																					1															1			1
17	HSJ	52	M	casado	4ª classe	terciário	A	1			1		1	1												4	2	1															2			4		
18	HSJ	39	M	casado	4ª classe	secundário	A																																							
19	HSJ	63	F	viúvo	4ª classe	terciário	NA					1														2	1						1											2		1
20	HSJ	49	M	casado	4ª classe	secundário	A					3																																1		
21	HSJ	74	M	solteiro	4ª classe	secundário	NA															3					1																1		1
22	HSJ	54	M	casado	licenciatura	terciário	A							1		1	1																											2		1
23	HSJ	58	F	viúvo	curso industrial	terciário	A	3																																			3			6
24	HSJ	48	F	casado	4ª classe	terciário	A						1																														1			7
25	HSJ	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA																																							1
26	HSJ	69	M	casado	4ª classe	primário	NA	2															1					1															2			4
27	HSJ	77	F	casado	2º ano liceu	terciário	A																																							
28	HSJ	53	M	casado	4ª classe	primário	NA							1																																1
29	HSJ	54	M	casado	4ª classe	terciário	A						1														1	1																	2	1
30	HSJ	54		casado	3ª classe	secundário	A																																							1
																																														total
								10	2	0	3	5	3	3	0	1	4	2	0	0	0	3	1	0	0	8	9	10	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	5	15	3	20	2	39	151
percentagem das sub-categorias face ao total das sub-categorias								6,6%	1,3%	0,0%	2,0%	3,3%	2,0%	2,0%	0,0%	0,7%	2,6%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,7%	0,0%	0,0%	5,3%	6,0%	6,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	9,9%	2,0%	13,2%	1,3%	25,8%	100,0%
																						36																			31		20			
percentagem das categorias face ao total								23,8%															20,5%																			13,2%		2,0%	13,2%	1,3%	25,8%
										12			11			4			6			3			1			27			0			3			0			0		20	3	20	2	39
																																										31					
percentagem de cada sub-categoria face à categoria								33,3%			30,6%			11,1%			16,7%			8,3%			3,2%			87,1%			0,0%			9,7%			0,0%			0,0%						
percentagem dentro de cada sub-categoria								83,3%	16,7%	0,0%	27,3%	45,5%	27,3%	75,0%	0,0%	25,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	29,6%	33,3%	37,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	13,0%	87,0%		

Anexo VI – Grelha geral de análise
3° momento

3º Momento

	Entrevista	Local	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Sector Profissional	Actividade	PENSAMENTOS / COGNIÇÕES														REACÇÕES														SENSAÇÕES C.		ID			
									PC/ES (+)	PC/ES (-)	PC/ES (0)	PC/D (+)	PC/D (-)	PC/D (0)	PC/I (+)	PC/I (-)	PC/I (0)	PC/IT (+)	PC/IT (-)	PC/IT (0)	PC/HP (+)	PC/HP (-)	PC/HP (0)	R/ES (+)	R/ES (-)	R/ES (0)	R/D (+)	R/D (-)	R/D (0)	R/I (+)	R/I (-)	R/I (0)	R/IT (+)	R/IT (-)	R/IT (0)	R/F (+)	R/F (-)	R/F (0)	R/HP (+)	R/HP (-)	R/HP (0)	SC (+)	SC (-)	HSA	IC	ACD	IT
1	CHVNG	74	F	casado	4ª classe	terciário	NA		5																		1												3					
2	CHVNG	60	M	casado	4ª classe	secundário	A		5					4			1		3							1	1			1										2	4				
3	CHVNG	54	F	casado	antigo 5º ano	terciário	A		13			4		2	3			1		1							4													4			3		
4	CHVNG	61	F	casado	4ª classe	terciário	A		9														1				2	2												2				1	1
5	CHVNG	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA		11						1	1		4	2										1											1					
6	CHVNG	65	F	casado	analfabeto	terciário	A		6			1	2	1	1			2			1						2	2	1				1			5		2			2	1		1		
7	CHVNG	71	M	casado	4ª classe	terciário	NA		5			3	5					1	3																					1			1		
8	CHVNG	61	M	viúvo	analfabeto	secundário	A		2			1	1										1					1				4								1					
9	CHVNG	77	M	casado	licenciatura	terciário	NA		1	5		1	2			1		1	1								2	1												5					2
10	CHVNG	46	M	divorciado	12º ano	terciário	A		13						2						1			2			2	11												1	2	1	1		1
11	CHVNG	70	M	casado	analfabeto	secundário	A		7			1	2					7	1	2	1			8			9	2				2			1		2						4		1
12	CHVNG	54	M	casado	antigo 5º ano	terciário	NA		12			1		1	2	5	1	2									1		3		2									1			2		
13	CHVNG	77	M	viúvo	3ª classe	primário	NA		5			1	3					4			1						1		2											1	3		2		2
14	CHVNG	42	M	casado	curso geral comércio	terciário	A		7			1		2					1				1					2																	
15	CHVNG	84	F	casado	4ª classe	terciário	A		17	4			6		4	8		1	3	1	1						2	6	1	1	1		3								2		1		
16	CHVNG	70	M	casado	4ª classe	secundário	NA		10				1														3																		
17	HSJ	52	M	casado	4ª classe	terciário	A		5			1	1		1	3																3						1				1		
18	HSJ	39	M	casado	4ª classe	secundário	A							1		1			1																									1		
19	HSJ	63	F	viúvo	4ª classe	terciário	NA		17			4			2	1											2	1		2	2		1	3			1			2	4		1		2
20	HSJ	49	M	casado	4ª classe	secundário	A		1																			1		4														
21	HSJ	74	M	solteiro	4ª classe	secundário	NA		13		1		1		1	2		2						2						1	1		1										1	1		
22	HSJ	54	M	casado	licenciatura	terciário	A		25						6	5					2		3	3				2																10		
23	HSJ	58	F	viúvo	curso industrial	terciário	A		8	3		2	1	2	3			1							2		3	3	3	1										1	2		1	2	4
24	HSJ	48	F	casado	4ª classe	terciário	A		28	1		1		3									1	1			1		4						1					3			2		
25	HSJ	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA		15	2	1	3	2	1	1	16	1	1		1							4	5	1								1			1	2		5		2
26	HSJ	69	M	casado	4ª classe	primário	NA		9			1	1		1			1			2			1			6					2				1				5			1		1
27	HSJ	77	F	casado	2º ano liceu	terciário	A		13				3		1												1	4													3					
28	HSJ	53	M	casado	4ª classe	primário	NA		7			1	2	2				1									3													1	8		2		
29	HSJ	54	M	casado	4ª classe	terciário	A		9						5	1	1	1	2								1					2									7		1		
30	HSJ	54		casado	3ª classe	secundário	A		7			2		1	4			2						1			2													3					
																																														total
									285	16	2	29	33	20	38	44	4	30	19	5	9	0	7	18	2	0	52	42	18	10	7	0	6	16	0	2	5	1	6	2	0	40	38	3	30	13	16	868
percentagem das sub-categorias face ao total das sub-categorias									32,8%	1,8%	0,2%	3,3%	3,8%	2,3%	4,4%	5,1%	0,5%	3,5%	2,2%	0,6%	1,0%	0,0%	0,8%	2,1%	0,2%	0,0%	6,0%	4,8%	2,1%	1,2%	0,8%	0,0%	0,7%	1,8%	0,0%	0,2%	0,6%	0,1%	0,7%	0,2%	0,0%	4,6%	4,4%	0,3%	3,5%	1,5%	1,8%	100,0%
																							541																	187		78			
percentagem das categorias face ao total									62,3%															21,5%																	9,0%		0,3%	3,5%	1,5%	1,8%
											303			82			86			54			16			20			112		17			22			8			8		78	3	30	13	16	
																																									187					
percentagem de cada sub-categoria face à categoria									56,0%			15,2%			15,9%			10,0%			3,0%			10,7%			59,9%			9,1%			11,8%			4,3%			4,3%							
percentagem dentro de cada sub-categoria									94,1%	5,3%	0,7%	35,4%	40,2%	24,4%	44,2%	51,2%	4,7%	55,6%	35,2%	9,3%	56,3%	0,0%	43,8%	90,0%	10,0%	0,0%	46,4%	37,5%	16,1%	58,8%	41,2%	0,0%	27,3%	72,7%	0,0%	25,0%	62,5%	12,5%	75,0%	25,0%	0,0%	51,3%	48,7%	9,1%	90,9%		

Anexo VII – Grelha geral de análise
4º momento

4º Momento

Entrevista	Local	Idade	Sexo	Estado Civil	Habilitações Literárias	Sector Profissional	Actividade	PENSAMENTOS / COGNIÇÕES									REACÇÕES																	SENSAÇÕES C.		ID			
								PC/ES (+)	PC/ES (-)	PC/ES (0)	PC/D (+)	PC/D (-)	PC/D (0)	PC/I (+)	PC/I (-)	PC/I (0)	PC/IT (+)	PC/IT (-)	PC/IT (0)	PC/HP (+)	PC/HP (-)	PC/HP (0)	R/ES (+)	R/ES (-)	R/ES (0)	R/D (+)	R/D (-)	R/D (0)	R/I (+)	R/I (-)	R/I (0)	R/IT (+)	R/IT (-)	R/IT (0)	R/F (+)	R/F (-)	R/F (0)	R/HP (+)	R/HP (-)	R/HP (0)	SC (+)	SC (-)	HSA	IC	ACD	IT
1	CHVNG	74	F	casado	4ª classe	terciário	NA					1								1						1																	
2	CHVNG	50	M	casado	4ª classe	secundário	A					2														1	2													1	2		1	1	
3	CHVNG	54	F	casado	antigo 5º ano	terciário	A					6	1								4	1				2								1	1								
4	CHVNG	61	F	casado	4ª classe	terciário	A					1									1						1																
5	CHVNG	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA	1			2	2			2	1		1								2		3															1
6	CHVNG	65	F	casado	analfabeto	terciário	A				1	1														1														1			
7	CHVNG	71	M	casado	4ª classe	terciário	NA					1														2																1	
8	CHVNG	81	M	viúvo	analfabeto	secundário	A					2	1																													
9	CHVNG	77	M	casado	licenciatura	terciário	NA				1									1																						
10	CHVNG	46	M	divorciado	12º ano	terciário	A																																			
11	CHVNG	70	M	casado	analfabeto	secundário	A				1	4					1										2										3					
12	CHVNG	54	M	casado	antigo 5º ano	terciário	NA						4																									2					
13	CHVNG	77	M	viúvo	3ª classe	primário	NA				3																															
14	CHVNG	42	M	casado	curso geral comércio	terciário	A					3	1													1		1															
15	CHVNG	64	F	casado	4ª classe	terciário	A				1	11						1								1	3	1													4			
16	CHVNG	70	M	casado	4ª classe	secundário	NA																																			
17	HSJ	52	M	casado	4ª classe	terciário	A				8			5																											2		
18	HSJ	39	M	casado	4ª classe	secundário	A				1																															
19	HSJ	63	F	viúvo	4ª classe	terciário	NA						1																												1		
20	HSJ	49	M	casado	4ª classe	secundário	A				1	1																														
21	HSJ	74	M	solteiro	4ª classe	secundário	NA	3		2	1		1	1																													
22	HSJ	54	M	casado	licenciatura	terciário	A				5		2							2	2																					
23	HSJ	58	F	viúvo	curso industrial	terciário	A	1				1	2					1	1																					1		3
24	HSJ	48	F	casado	4ª classe	terciário	A					4	3				2				1					2	1		1											1		9	
25	HSJ	61	M	casado	4ª classe	terciário	NA		1																															3		2		2
26	HSJ	69	M	casado	4ª classe	primário	NA				5									1																							
27	HSJ	77	F	casado	2º ano liceu	terciário	A	4			2		1	4									2														2				2		2
28	HSJ	33	M	casado	4ª classe	primário	NA	1			1	9	4				3		1							7	1	3								1			5		1			
29	HSJ	54	M	casado	4ª classe	terciário	A						4		1											8	3															5	
30	HSJ	54		casado	3ª classe	secundário	A				2		1													6		1												1			3		
																																													total
								10	1	2	35	49	26	10	3	1	6	3	2	6	8	1	2	0	0	37	11	11	1	0	0	0	0	0	1	1	2	4	2	0	8	12	2	9	16	8	289
percentagem das sub-categorias face ao total das sub-categorias								3,5%	0,3%	0,7%	12,1%	17,0%	9,0%	3,5%	1,0%	0,3%	2,1%	1,0%	0,7%	1,7%	2,8%	0,3%	0,7%	0,0%	0,0%	12,8%	3,8%	3,8%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,7%	1,4%	0,7%	0,0%	2,8%	4,2%	0,7%	3,1%	5,5%	2,8%	100,0%
																						152																		72		20				
percentagem das categorias face ao total								56,1%															24,9%																		6,9%		0,7%	3,1%	5,5%	2,8%	
										13			110			14			11			14			2			59			1			9			4			6		20	2	9	16	8	
																																									72						
percentagem de cada sub-categoria face a categoria								8,0%			67,9%			8,6%			6,8%			8,8%			2,8%			61,8%			1,4%			0,0%			5,6%			8,0%						
percentagem dentro de cada sub-categoria								76,9%	7,7%	15,4%	31,8%	44,5%	23,6%	71,4%	21,4%	7,1%	54,5%	27,3%	18,2%	35,7%	57,1%	7,1%	100,0%	0,0%	0,0%	62,7%	18,6%	18,6%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	66,7%	33,3%	0,0%	40,0%	60,0%	18,2%	81,8%		