

MARA GLARETE R. MARINHO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERÊNCIA PARA
REPADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL
DE CLIENTES INFARTADOS**

FLORIANÓPOLIS, SC

Abril/2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERÊNCIA PARA
REPADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL
DE CLIENTES INFARTADOS**

MARA GLARETE R. MARINHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem na Área de Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dr^a. MARIA TEREZA LEOPARDI

Florianópolis, abril de 2002.

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERÊNCIA PARA
REPADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL
DE CLIENTES INFARTADOS**

MARA GLARETE R. MARINHO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora, para obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua forma final, em 23 de abril de 2002, atendendo às normas da legislação vigentes no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração em Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dr^a Denise Elvira Pires de Pires
– Coordenadora da PEN/UFSC –

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Maria Tereza Leopardi
Presidente

Dr^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Membro

Dr^a Cleusa Rios Martins
Membro

Dr^a Maria Bettina Camargo Bub
Suplente



**A quem o meu coração
quanto mais conhece,
mais ama, meu esposo,
meus filhos, meu pai
e minha mãe.**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, grande arquiteto do universo, que me proporcionou estar aqui hoje e me ajudou, com muita força, a superar os obstáculos vividos.

A meu esposo Edes Cavalheiro, que me ajudou com palavras de conforto nos momentos em que precisei, e também com seu apoio na área de cardiologia. Sua ajuda foi fundamental para elaboração deste trabalho, OBRIGADA de CORAÇÃO.

Aos meus filhos, Bianca, Edinho e Bibiana. Oh! filhos, quantas vezes vocês precisaram de mim e não pude dar-lhes atenção. Desculpem-me, mas o tempo que lhes foi dispensado, com certeza, foi de muito carinho e amor. Obrigada pela compreensão de vocês, um dia entenderão tudo isso.

Também não poderia deixar de citar meus pais, que neste período passaram por situação de doença e, mesmo assim, deram-me a força que eu estava precisando. Desculpem-me pelos finais de semana que vocês gostariam que eu estivesse com vocês e me foi impossível.

A minha cunhada Lizeth, que muitas vezes precisou sair de sua casa, em outra cidade, para ficar com os meus filhos para eu poder ir a Florianópolis. OBRIGADA LIZETH, você foi mais que uma cunhada, foi uma amiga de todas as horas.

As minhas amigas de sempre Juliana e Januária, Rosana, Leci, Tânia e Luiza, vocês com muito carinho souberam me apoiar sempre. OBRIGADA.

À FAPERGS, pelo apoio financeiro.

À UFSM, UFSC, UNIFRA e UNICRUZ, pela parceria, a qual me possibilitou

a realização do mestrado.

Ao Centro Universitário Franciscano que me liberou para que pudesse fazer o mestrado, meu muito obrigada pelo apoio e incentivo.

À irmã Clarícia Thomas, coordenadora do Curso Técnico de Enfermagem, com quem convivo praticamente todos os dias há doze anos, obrigada pela força.

Também quero agradecer às colegas do Curso Técnico de Enfermagem, Alexandra, Claudia e Hilda, que me incentivaram neste período.

Às colegas enfermeiras, que gentilmente me emprestaram material, MUITO OBRIGADA. Não as cito nominalmente para não correr o risco de esquecer de alguém, mas vocês sabem quem foi importante na elaboração deste trabalho. OBRIGADA MAIS UMA VEZ.

Ao Hospital de Caridade “Dr. Astrogildo de Azevedo”, no nome da Irmã Ubaldina, que gentilmente me consentiu que elaborasse a primeira parte desta pesquisa.

Mestres e colegas do Curso de Mestrado Interinstitucional, vocês serão lembrados sempre, com muito carinho.

Denise, minha digitadora, você foi uma força que eu precisava em todos os momentos, obrigada.

Alvenis, secretária da Clínica Cardiológica, você foi incansável, muito obrigada pelo carinho com que sempre me recebeu.

Aos autores, nos quais me apoiei para a realização desta pesquisa, sou muito grata.

E, finalmente, gostaria de agradecer a uma pessoa especial que felizmente tive o prazer de conhecer, que é a minha orientadora, Maria Tereza Leopardi. Você é incansável, amiga, querida e sobretudo, além de transmitir conhecimento, você também transmite calor humano. Você é muito especial. Obrigada, por sua amizade.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERÊNCIA PARA REPADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL DE CLIENTES INFARTADOS

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido no Hospital de Caridade “Dr. Astrogildo de Azevedo”, na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul. Teve, como primeira etapa, o objetivo de prestar uma assistência de enfermagem para clientes infartados, com base em conceitos da teoria de Martha Rogers, com a participação de quatro clientes, com os quais se buscou uma repadronização em seu estilo de vida. O cliente infartado, quando passa por esta situação de doença, procura, a partir do seu ambiente, uma forma de se adaptar a esta nova realidade, porém, a partir de uma imagem do infarto construída socialmente. Para compreender melhor este processo, foi necessário uma aproximação com sua representação social, por meio de uma segunda etapa da pesquisa, da qual fizeram parte vinte clientes após infarto. As informações foram coletadas em uma clínica cardiológica particular, também localizada na cidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul. Nesta experiência, pude perceber o quanto os clientes infartados precisam de alguém que entenda os seus “problemas” como um ser único, na perspectiva de sua representação do que seja o infarto e sua evolução. Neste estudo, foi possível detectar que os informantes criam conceitos e afirmações originadas do seu dia-a-dia, comunicando estas representações no seu meio social, ou seja, necessidade de mudança no estilo de vida, marcada pela necessidade de repadronização do processo vital, especialmente em relação à alimentação; cuidado de si mais acentuado; limitações em sua vida; percepção da doença como entidade própria, sem qualquer ligação com outros problemas de saúde; imagem de ‘não doença’, associada tanto à negação do infarto como à sua minimização como doença; e, por fim, carência de informações sobre a doença. Este quadro revela a importância da enfermeira estar atenta aos modos do cliente objetivar suas necessidades, buscando auxiliá-lo no alcance do máximo potencial de saúde possível, por meio de alternativas de repadronização em seu processo vital.

SOCIAL REPRESENTATION AS REFERENCE FOR REANDARDIZATION OF THE VITAL PROCESS OF HEART ATTACK CLIENTS

ABSTRACT

This work was developed in the Charity Hospital “Dr. Astrogildo de Azevedo”, in the city of Santa Maria – Rio Grande do Sul. Its first phase was, the objective of giving an assistance of nursing to heart attack clients, based in concepts of the theory of Martha Rogers, with the participation of four clients, with which was tried to create new standards in their life style. The heart attack client, when goes through a situation of sickness, looks for, starting in their environment, a manner to adapt to this new reality, however, from an image of the heart attack built by the society. To understand better this process, it was necessary an approach with its social representation, through a second phase of the research, from which twenty post heart attack clients were part of. The data was collected in a private heart clinic, also located in the city of Santa Maria – Rio Grande do Sul. In this experience, I could notice how much the heart attack clients need someone who understands their “problems” as a unique being. In the perspective of its representation that the heart attack is and its evolutions. In this study, it was possible to detect that the informers create concepts and affirmations originated on the daily basis, communicating this representations in the social mean, that is, the necessity of change in the life style, seen in the necessity of a new standards in the vital process, specially about the food; a more intensive self-care; limitations in their lives; perception of the sickness as a self-entity, without bonds with other health problems; image of the ‘not sick’, associated as much with the denying of the heart attack as with a minimization; and, to finish, the lack of information about the sickness. This case reveals the importance, trying to help them reach their maximum health potential possible, through alternatives of new standards in the vital process.

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL COMO REFERENCIA PARA LA REUNIFORMIDAD DEL PROCESO VITAL DE LOS CLIENTES INFARTADOS

RESUMEN

Este estudio fue desarrollado en el Hospital de Caridad “Dr. Astrogildo de Azevedo” en la ciudad de Santa Maria – Rio Grande do Sul. Tuvo, como primera etapa, el objetivo de prestar una asistencia de enfermería para clientes infartados, con base en los conceptos de la teoría de Martha Rogers, con la participación de cuatro clientes, con los cuales se buscó una reuniformidad en su estilo de vida. El cliente infartado, cuando pasa por esta situación de enfermedad, busca, a partir de su ambiente, una forma de adaptarse a esta nueva realidad, sin embargo a partir de una imagen del infarto construida socialmente. Para comprender mejor este proceso, fue necesario una aproximación con su representación social, por medio de una segunda etapa de la pesquisa, de la cual hicieron parte veinte clientes tras infarto. Las informaciones fueron colectadas en una clínica cardiológica particular, también localizada en la ciudad de Santa Maria – Rio Grande do Sul. En esta experiencia, pude percibir que los clientes infartados necesitan de alguien que entienda sus “problemas” como un ser único. En la perspectiva de su representación de lo que sea el infarto y su evolución. En este estudio, fue posible detectar que los informantes crean conceptos y afirmaciones originadas de su “día-a-día”, comunicando estas representaciones en su medio social, o sea, necesidad de cambio en su estilo de vida, marcada por la necesidad de reuniformidad del proceso vital, especialmente en relación a la alimentación; cuidado de sí mismo acentuado; limitaciones en su vida; percepción de la enfermedad como entidad propia, sin cualquier relación con otros problemas de salud; imagen de “no enfermedad”, asociada tanto a la negación como enfermedad; y, finalmente, carencia de informaciones a respecto de la enfermedad. Este cuadro revela la importancia de la enfermera estar atenta a los modos del cliente objetivar sus necesidades, buscando auxiliarlo en el alcance del máximo potencial de salud posible, por medio de alternativas de reuniformidad en su proceso vital.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
LISTA DE APÊNDICES	xiv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo geral	4
1.2 Objetivos específicos	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 Estado da arte	5
2.1.1 Infarto agudo do miocárdio	5
2.1.2 A Enfermagem e o infarto agudo do miocárdio	8
2.1.3 Teoria de Rogers	10
2.1.3.1 Pressupostos básicos da teoria	10
2.1.3.2 Blocos estruturais	13
2.1.3.3 Principais conceitos	14
2.1.4 Princípios da homeodinâmica	17
2.1.5 Teoria das representações sociais	19
2.2 Representação gráfica do marco conceitual	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 Primeira etapa	25
3.1.1 Processo de enfermagem desenvolvido	28
3.2 Segunda Etapa – A busca das Representações Sociais	31
3.2.1 Caminho proposto	31
3.2.2 Local da realização da pesquisa	33
3.2.3 Coleta de dados	33
3.2.4 O método de análise de conteúdo	34
3.2.5 Procedimentos éticos	35

4 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL: O ENCONTRO COM O ARCO-ÍRIS	36
4.1 Coração Vermelho	37
4.2 Coração Amarelo	40
4.3 Coração Verde	44
4.4 Coração Azul	49
4.5 Avaliação da Prática Assistencial	52
4.5.1 A realidade dos pacientes infartados	53
4.5.2 Relação dos conceitos com a prática assistencial	54
4.5.3 Considerações sobre a prática	55
5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – UMA REFERÊNCIA PARA A REPARADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL	56
5.1 CATEGORIA 1 – Mudança no estilo de vida	60
5.1.1 Sub-Categoria 1 – ALIMENTAÇÃO	60
5.1.2 Sub-Categoria 2 – CUIDADO DE SI	63
5.1.3 Sub-Categoria 3 – SONO	65
5.1.4 Sub-Categoria 4 – LIMITAÇÕES	67
5.1.5 Sub-Categoria 5 – A FAMÍLIA E A DOENÇA	68
5.1.6 Sub-Categoria 6 – READAPTAÇÃO	70
5.2 CATEGORIA 2 – A doença como é percebida	71
5.2.1 Sub-Categoria 1 – MEDO DA RECIDIVA	72
5.2.2 Sub-Categoria 2 – FATORES DESENCADEANTES	73
5.2.3 Sub-Categoria 3 – MEDO DA MORTE	76
5.2.4 Sub-Categoria 4 – RELAÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS	77
5.2.5 Sub-Categoria 5 – PROJEÇÃO EM OUTRAS PESSOAS	78
5.2.6 Sub-Categoria 6 – NEGAÇÃO DA DOENÇA	79
5.2.7 Sub-Categoria 7 – CRENÇAS E DOENÇA	80
5.2.8 Sub-Categoria 8 – SENSIBILIDADE	81
5.3 CATEGORIA 3 – A doença como é falada	82
5.4 CATEGORIA 4 – Informação sobre a doença	83
5.5 Representações sociais do cliente infartado	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	101
APÊNDICES	105

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Gráfico representativo das ondas dos campos de energia	18
FIGURA 2 - Representação gráfica do marco conceitual	24

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Representação Social sobre o infarto agudo do miocárdio	59
QUADRO 2 – Alimentação	61
QUADRO 3 – Cuidado de si	63
QUADRO 4 – Sono	66
QUADRO 5 – Limitações	67
QUADRO 6 – Relacionamento com a família	69
QUADRO 7 – Readaptação	70
QUADRO 8 – Medo da recidiva	72
QUADRO 9 – Fatores desencadeantes	74
QUADRO 10 – Medo da morte	76
QUADRO 11 – Relação com outras doenças	77
QUADRO 12 – Projeção em outras pessoas	78
QUADRO 13 – Negação do infarto	79
QUADRO 14 – Crenças e doença	80
QUADRO 15 – Sensibilidade	81
QUADRO 16 – A doença como é falada	82
QUADRO 17 – Informação sobre a doença	83

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Figura 1.....	102
ANEXO B - Tabela 1.....	103
ANEXO C - Tabela 2.....	104

LISTA DE APÊNDICES

ANEXO A - Termo de consentimento entregue ao paciente	106
ANEXO B - Ofício ao Hospital de Caridade “Dr. Astrogildo de Azevedo”	107
ANEXO C - Instrumento de pesquisa	109
ANEXO D - Coleta de dados.....	112

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares vêm sendo consideradas como um dos problemas relevantes de saúde na atualidade. Martin (1998) chama a atenção para as doenças cardiovasculares, por causarem aproximadamente 15 milhões de mortes por ano, no mundo, e 30% do total de óbitos.

No Brasil, as doenças cardiovasculares situam-se como o mais importante grupo de causas de morte; segundo a Fundação Nacional da Saúde (1998), ocupando o primeiro lugar, com 32,6% entre as causas determinadas.

Husten (1998) projeta um cenário mundial para as próximas décadas, no qual prevê uma epidemia de doenças cardiovasculares nos países menos desenvolvidos. Para ele, a atual tendência resulta de um aumento dos fatores de risco de doenças cardiovasculares, em decorrência de melhores condições econômicas e do aumento da expectativa de vida. Invoca, também, o estilo de vida, não saudável das populações, como um dos responsáveis pelo aumento da incidência desse grupo de doenças.

Chamou a atenção, em um estudo realizado em quatro capitais de Estados do Brasil (São Paulo, Porto Alegre, Curitiba e Rio de Janeiro), a alta mortalidade feminina por doença isquêmica, já que, há alguns anos atrás, havia alguns mitos segundo os quais se acreditava que as doenças isquêmicas eram mais comuns aos homens (LAURENTI e BUCHALLA, 2001).

Laurenti e cols., *apud* Laurenti e Buchalla (2001), ao analisarem o perfil epidemiológico da saúde masculina nas Américas, mostraram que embora a mortalidade por doenças cardiovasculares seja maior nos homens, existe também, de maneira significativa nas mulheres, confirmado por Lotufo (Anexo A –

Figura 1), que apresenta a alta mortalidade das mulheres entre 45 e 64 anos, em alguns países e cidades brasileiras.

Lotufo (1998) descreveu a existência de mortalidade precoce por doença isquêmica do coração, chegando a 39% na Inglaterra, 38% na Finlândia e, nas capitais brasileiras, variando de 21% (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Curitiba) a 11% (Salvador), no sexo masculino. Considerando o sexo feminino, essa porcentagem é mais baixa, chegando a valores em torno de 15%, em relação a outras doenças (Anexo B – Tabela 1). Na Tabela 2 (Anexo C), observa-se a mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração, segundo grupos etários e regiões do país. Assim, 11,6% das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem dos 30 aos 49 anos e 35,7%, dos 50 aos 69 anos. Em todas as regiões brasileiras, as mortes por doença isquêmica do coração na faixa de 30 e 49 anos representam valores superiores a 11% do total de óbitos, exceto na Região Sul (9,9%).

O Infarto Agudo do Miocárdio constitui a primeira causa de morbidade e mortalidade nos EUA. Neste país, existem cerca de 1,5 milhão de infartos e 520 mil mortes por ano relacionadas a doenças coronarianas.

Mas o infarto agudo do miocárdio nem sempre leva ao óbito, e o cliente precisa ser cuidado pela equipe multiprofissional.

Como enfermeira, profissional da área da saúde, convicta da necessidade de um acompanhamento por parte da enfermagem ao cliente que sobreviveu ao infarto, saliento a necessidade de buscar, inclusive, o que significa esta patologia na sua vida e como pretende mantê-la sem riscos de novos episódios.

Durante as minhas experiências, quando trabalhei em uma clínica de cardiologia por vários anos, constatei que é notório o desgaste emocional e o trauma dos pacientes após o infarto, pois a doença, além de envolver ameaça de morte, envolve também ameaça de limitação física, abalando sua onipotência, característica marcante do cliente cardíaco.

Ressalto a alta incidência de clientes infartados, com quem convivi na clínica citada anteriormente e convivo no dia-a-dia como supervisora dos alunos do curso Técnico de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, em unidades de internação, e uma inquietação surge, sobre como orientar este

cliente, a partir de seus medos, suas angústias, suas dúvidas, seus preconceitos e, principalmente, suas motivações para mudar seus padrões de comportamento a partir da repadronização do seu processo vital.

Lamosa e Bellkiss (1990) dizem que as primeiras alterações emocionais manifestadas pelos clientes durante a fase aguda do infarto são: a negação da doença, a ansiedade, a depressão, a agitação, o delírio, o medo; e dentre as causas subjetivas do infarto temos a tensão e o horror, que levam o indivíduo a imaginar-se incapacitado e ameaçado de morte. Isso me induz a questionar o que leva o paciente a apresentar todas essas alterações, o que se constitui em minha proposta de interagir com ele e buscar suas representações frente à doença.

Como enfermeira, tais questões sempre me incomodaram e me questiono como poderia fazer um cuidado voltado para a orientação a este cliente, atendendo as suas necessidades biológicas e psicológicas, relacionando-as ao meio onde ele está e para onde irá voltar.

Sendo o cliente infartado um ser único, que possui integridade individual e está inserido no meio ambiente, as unidades de internação, ambulatório, emergência, cirurgia e terapia intensiva, passam a fazer parte do contexto de vida dessa pessoa e, de certo modo, de sua família, introduzindo elementos novos ao seu ritmo de vida, exigindo-lhes novas atitudes. Independente do local em que estiverem, trocam constantemente energia com o meio, e há um processo de interação entre ambos, o que me despertou o interesse em desenvolver a prática assistencial aplicando conceitos da teoria de Rogers.

Marta Elizabeth Rogers é uma teórica de enfermagem que nasceu em 12 de maio de 1914, em Dallas – Texas, EUA. Ocupou vários cargos de chefia ligados à enfermagem comunitária, destacando-se como conferencista e palestrante em vários países, recebendo muitos prêmios e honrarias. Tem três livros e mais de 200 artigos publicados, além da teoria da homeodinâmica da enfermagem (1970) e uma série de fitas de vídeo sobre a enfermagem como ciência do homem unitário (1980).

Na sua teoria, Rogers considera que a enfermagem é uma profissão que se preocupa com a pessoa unitária, de forma humanística e humanitária e que, como ciência, progride através do conhecimento científico, em que teoria e

prática, ainda que totalmente distintas, devem unir-se para proporcionar a base da profissão. Para a autora, a enfermagem busca promover a interação entre o meio ambiente e o ser humano, melhorando a sua coerência e integridade, direcionando e redirecionando padrões para a obtenção máxima do potencial da saúde.

Por meio da operacionalização da teoria de Rogers, em um processo que deve ser construído juntamente com o cliente, busquei promover uma prática interacionista com o cliente infartado, traçando metas para a repadronização do seu processo vital, com a finalidade de obtenção máxima de sua saúde e, mediante a análise das representações sociais, pude abranger a relação indivíduo-sociedade e seu meio e compreender o significado do presente e a intencionalidade em direção ao futuro.

1.1 Objetivo geral

Refletir sobre as representações sociais do cliente infartado, na perspectiva de apontar as possibilidades do cuidado terapêutico nessa situação.

1.2 Objetivos específicos:

- verificar de que modo as Representações Sociais podem se constituir como referência para a repadronização do processo vital de clientes infartados;
- analisar as representações sociais dos pacientes infartados sobre a sua doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estado da arte

2.1.1 Infarto agudo do miocárdio

É uma doença isquêmica de uma área do músculo cardíaco. Ocasionalmente pela obstrução total ou parcial das artérias coronárias, esta obstrução pode ser consequência de um trombo, hemorragia ou de placas de ateromas (gorduras). A localidade e a gravidade do infarto dependem da artéria atingida e da extensão do miocárdio (músculo cardíaco) necrosado.

Para Brunner e Suddarth (1994), infarto do miocárdio é o processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído, em regiões do coração desprovidos de um suprimento sanguíneo suficiente, em virtude da redução no fluxo sanguíneo coronariano. “As paredes cardíacas estão destruídas pela necrose por estar o miocárdio com suprimento sanguíneo diminuído, quando acontece o infarto” (GUELER, 1990, p. 292).

Para Wyngaarden e Smith (1990), o IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) é o termo usado para descrever a lesão e a necrose celulares irreversíveis que ocorrem em consequência da isquemia prolongada. O infarto seria secundário à oclusão coronariana, grande redução no fluxo sanguíneo para certas regiões do músculo cardíaco ou a um aumento insuficiente do fluxo sanguíneo coronário em relação à demanda de oxigênio regional durante o período de intenso estresse.

Em quase todos os casos, existe algum grau de estreitamento do diâmetro da luz da artéria coronária, resultante da aterosclerose coronária, mas há

exceções. Os infartos agudos do miocárdio também podem resultar da dissecação da artéria coronária, embolia coronariana, espasmo da artéria coronária, vasculite, origem anômala de uma das artérias coronárias, a partir da artéria pulmonar e fístula arteriovenosa coronariana congênita.

Ocorrendo a interrupção da circulação coronariana, ocorre o infarto, e uma série de alterações estruturais e bioquímicas, hemodinâmicas e clínicas começam a ocorrer, acarretando para o paciente alterações tanto fisiológicas como psicológicas.

Segundo Eisenberg e Copass (1984), as alterações estruturais, bioquímicas e hemodinâmicas que ocorrem no infarto são acompanhadas quase sempre de sinais físicos, que variam na dependência da extensão do infarto, do limiar para dor do indivíduo, além do que, pode haver uma atitude de negação por parte do cliente, minimizando queixas e sintomas.

O principal sintoma inicial do infarto é a dor torácica persistente, tipo constritiva, que pode irradiar para a parte superior do abdômen, ombro, pescoço e braço esquerdo. A dor é contínua e tende a aumentar de intensidade. O pulso torna-se rápido, irregular e fraco, sendo, às vezes, quase imperceptível, podendo também ocorrer hipotensão arterial, sudorese, palidez, náuseas, vômitos, dificuldades respiratórias, cianose, parada cardíaca e respiratória. Para Brunner e Suddarth (1994), a dor pode agravar continuamente, até se tornar quase insuportável. Ela é uma dor violenta e constritiva, podendo levar a morte do indivíduo.

O infarto agudo do miocárdio é um evento patológico que se acompanha de elevados índices de mortalidade e morbidade, durante a fase aguda e nos meses subseqüentes. A mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio (IAM) situava-se ao redor de 30%, na década de 50. Com as unidades de tratamento intensivo (década de 60), e, em seguida, as unidades coronarianas, essa mortalidade caiu aproximadamente pela metade, fundamentalmente pelo controle das arritmias. Na década de 80, com o uso dos fibrinolíticos e dos novos processos de intervenção percutânea, a incidência de óbitos caiu para 8 a 10%, mas apesar disso, continua sendo causa líder de mortalidade no mundo ocidental.

Segundo Kamel e Kamel (1996, p. 11-12), “os pesquisadores atuais dos

Estados Unidos estão conscientes de que os números chegarão, em pouco tempo, a um ponto crítico, podendo se constituir em ‘surto epidêmico’”. Para estes autores, além da ausência de exercícios físicos, a vida agitada (intensa), com depressões, angústias, frustrações, a tensão emocional devida às guerras, aos tóxicos, desajustes, quebra de tabus religiosos e sexuais, devem ter contribuído para a maior incidência do infarto do miocárdio na atualidade. Em parte, somos vítimas do avanço da tecnologia e da ciência contemporânea. A falta de fé, humildade e pragmatismo penetrou naqueles indivíduos frágeis, tímidos, incapazes de lutar para sobreviver, no ambiente de tensão no mundo moderno. Toda a nossa vida fomos preparados para uma existência tranqüila dedicada ao lar, ao trabalho, a fé e ao amor. Desta luta entre o consciente, tensão da vida moderna, e o inconsciente, tranqüilidade, resultou um conflito íntimo de insatisfação; e os fracos, entregam-se de corpo e alma ao consciente e vivem por viver e não esperam o dia de amanhã. A solução para estes é a fuga dos compromissos pessoais, familiares e sociais, com tendência à auto-flagelação, auto-punição e auto-destruição, em virtude da hostilidade do meio ambiente.

Frente a essa realidade de insatisfação, falta de fé, falta de coragem, as depressões, as angústias, enfim, da tensão emocional, o *stress*, juntamente com os conflitos internos e os impasses existenciais, vai diminuindo a resistência interna e criando condições patogênicas que vêm a desencadear a doença orgânica, ou seja, o infarto, daí o aumento de sua incidência nos dias atuais.

Há, também, outros fatores predisponentes para o aparecimento do infarto, como o fumo, obesidade, hereditariedade, diabete, dietas ricas em gorduras animais e açúcares, havendo um aumento de colesterol e posteriormente um infarto. Laurenti e Buchalla (2001), em recente estudo, apontam que, no início da epidemia de cardiopatias, somente as pessoas melhores situadas dos países em desenvolvimento adotaram os novos modos de vida que consistem, entre outras coisas, em consumir alimentos ricos em gorduras e em calorias. Estes tipos de alimentos passaram a ser de consumo em massa, e esse comportamento “não sadio” se infiltrou em todas as classes sociais, daí o aumento do índice de doenças cardiovasculares.

2.1.2 A Enfermagem e o infarto agudo do miocárdio

A assistência de enfermagem a clientes infartados começa desde o momento em que o doente chega ao pronto atendimento do hospital e, mais tarde, chega à unidade de tratamento intensivo.

Hudak e Gallo (1987) apontam que, embora o papel da enfermagem em cuidados intensivos tenha evoluído enormemente, o desafio de cuidar de clientes com infarto agudo do miocárdio permanece. O enfermeiro não pode mais vigiar pacientes, mas deve avaliar rapidamente os complexos fisiológicos e prever intervenções.

O índice declinante de mortalidade fala sobre o êxito da equipe de enfermagem ao enfrentar o desafio do cliente com infarto agudo do miocárdio. Depois de obtidos os dados de avaliação, o enfermeiro deve elaborar um plano de prescrições (cuidados) que forneça as necessidades atuais do cliente e preveja os problemas potenciais. O plano de prescrições deve ser destinado de modo a permitir a avaliação dos cuidados fornecidos pela observação do prognóstico e intervenções do cliente, e pela qualidade das avaliações seguras dos registros do cliente.

O plano de prescrição dos clientes infartados deve influir no alívio da dor torácica (administrar analgésico conforme prescrição médica, avaliar o alívio da dor, orientar o cliente para comunicar qualquer ocorrência, etc.); manter o ritmo cardíaco com perfusão sistêmica adequada por meio de monitorização cardíaca contínua e medicação, conforme prescrição médica; manter a estabilidade hemodinâmica (pressão sangüínea, dispnéia, nível de consciência, hipoxemia, taquipnéia, ortopnéia, etc.); informar sobre as limitações da atividade diária; avaliar a compreensão do cliente e orientar nas suas dúvidas; permitir livre expressão do cliente; maximizar o controle do cliente das atividades da vida diária, sempre incluindo a família.

Alguns trabalhos já estão sendo realizados no sentido de oferecer ao cliente infartado informações sobre a sua doença. No Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (MARTINO *et al.*, 1994), professoras do Departamento de Enfermagem e enfermeiras uniram-se, no sentido de proporcionar aos doentes

uma melhor qualidade de assistência aos clientes infartados da unidade de internação cardiológica e fizeram um manual de orientação para estes pacientes.

Martino *et al.* (1994) dizem que a elaboração do manual constitui-se como parte de um projeto de iniciação à pesquisa de enfermagem, no período de 1991 a 1993, tendo a finalidade de implantar uma nova rotina assistencial de enfermagem cardiológica.

Azevedo (1998) também trabalhou com as possibilidades de uma abordagem cultural no cuidado ao cliente com infarto agudo do miocárdio, o que entendo ser fundamental, inclusive para a compreensão das representações sociais desse grupo.

Silva e Damasceno (1999) abordam que o coronariopata se relaciona no mundo com profissionais da saúde, especialmente com médicos e enfermeiras. Estes co-existem na assistência aos clientes absorvidos em uma solicitude inautêntica, muitas vezes, o que pode dificultar a busca de mudanças para uma melhor qualidade de vida.

Camponogara (1999) também enfoca que a enfermeira deve estar constantemente atenta ao cliente cardíaco e procurar manter um ambiente calmo, apoio emocional e estímulo à vista de famílias, que são imprescindíveis para evitar complicações, acelerar o restabelecimento e tornar o processo menos estressante.

Sendo assim, estes autores têm uma preocupação com o cliente cardíaco, com relação ao seu bem-estar e com seu lado humano.

Silva (2000) diz que humanizar é tornar humano. O que é humano é estudado por humanistas e humanismo é uma palavra que podemos aplicar a quase todas as ideologias modernas e contemporâneas, e que o humanismo realça o valor do homem como pessoa. Em seu trabalho, aborda que a enfermeira deve ter consciência de que ser humano não significa algo pronto, nem muito menos perfeito, mas alguém que é capaz de colocar-se em busca de si mesmo, de sua essência.

Diante dessas posições, a proposta relatada nesse estudo concentra-se em oferecer subsídios às enfermeiras, para que estabeleçam relações mais

peçoais e implicadas com o desejo de favorecer a busca de uma melhor qualidade de vida após a ocorrência de infarto.

2.1.3 Teoria de Rogers

O marco conceitual, no meu entendimento, visa esclarecer sobre alguns pressupostos e conceitos para compreensão da operacionalização da prática assistencial de enfermagem e para a explicitação das suas bases valorativas e lógicas.

Marta Elizabeth Rogers nasceu em 12 de maio de 1914, em Dallas, Texas – EUA. Concluiu a graduação em Enfermagem em 1936, pela Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Knoxville, no Tennessee. Obteve o grau de Bacharel em Enfermagem em Saúde Pública em 1937, do George Peabody College, em Nashville – Tennessee. Em 1945, recebeu o título de mestre em Supervisão de Enfermagem em Saúde Pública, do Teachers College, da Universidade de Columbia – Nova York. Além disso, recebeu o grau de MPH como Mestre em Filosofia (1952) e ScD, Doutora em Ciências (1954), ambos da Universidade de Johns Hopkins.

Martha Rogers faleceu em maio de 1994, após uma trajetória dedicada ao estudo e a pesquisa, sendo reconhecida como uma das mais originais pensadoras na Enfermagem.

Rogers acredita que o conhecimento do passado constitui um fundamento necessário para a compreensão atual da enfermagem e para a evolução das teorias e princípios que devem orientar a prática da enfermagem.

2.1.3.1 Pressupostos básicos da teoria

Os pressupostos aqui apresentados estão embasados na teoria de Rogers e na minha experiência profissional, quando trabalhei em uma clínica cardiológica junto a clientes cardiopatas, período em que foi se intensificando minha

inquietação por encontrar instrumentos mais adequados ao trabalho assistencial.

Ao longo da minha trajetória profissional, foram sendo formadas crenças e valores profissionais que se consolidaram após estudo das teorias em enfermagem, inclusive a de Rogers, que se traduzem pelas afirmações a seguir.

O indivíduo e o ambiente estão continuamente trocando matéria e energia um com o outro (Rogers, *apud* GEORGE, 2000) e que o cliente infartado está integrado ao meio ambiente e vice-versa, portanto não podem ser vistos de forma isolada durante o cuidado de enfermagem. Este ser humano é a única forma de vida que tem consciência do que faz, que expressa sentimentos e sensações, transcendendo à sua evolução. Sendo assim, o cliente infartado busca hábitos de vida mais saudáveis quando tem um conhecimento prévio sobre sua doença.

Acredito que o cliente infartado fica com muitas dúvidas em relação ao que significa “estar doente”, já que terá que conviver com esta alteração pelo resto de sua vida, e a enfermagem pode contribuir para que todas as ações educativas direcionem-se para a modificação dos hábitos prejudiciais à saúde. Percebo que o estresse dos dias de hoje vêm aumentando significativamente o índice do infarto e que a enfermeira necessita introduzir, no processo de enfermagem, estratégias interativas para mudança no estilo de vida, visando o restabelecimento de padrões saudáveis no processo vital.

Existem cinco pressupostos que dão suporte à estrutura conceitual de Rogers sobre o ser humano. São eles:

- a) *“O ser humano é um todo unificado que possui uma integridade individual e manifestando características que são mais do que a soma das partes e diferentes dela”* (Rogers, *apud* GEORGE, 2000).

Esse postulado caracteriza o ser humano em sua totalidade, na qual seu processo vital transcorre de forma dinâmica, contínua, criativa, evolutiva e incerta, gerando um padrão variável e em constante modificação. Desse modo, somente é possível visualizar o ser humano quando conseguimos vê-lo sem dividi-lo em partes, pois o estudo dessas partes não nos fornece a explicação do todo.

b) *“O indivíduo e o ambiente estão continuamente trocando matéria e energia um com o outro”* (Rogers, *apud* GEORGE, 2000).

Tanto o indivíduo quanto tudo o que é externo a ele (ambiente) é um campo de matéria e energia. A interação entre ambos possibilita uma relação de troca, caracterizada como um universo de sistemas abertos, onde cada um interfere e sofre interferências do outro, gerando mudanças no todo.

O ser humano está integrado ao Universo e vice-versa, portanto não podem ser vistos de forma isolada.

c) *“O processo de vida dos seres humanos envolve irreversibilidade e unidirecionalidade ao longo de um continuum espaço-tempo”* (Rogers, *apud* GEORGE, 2000).

O homem e o meio estão em constantes modificações e estas, evoluem de forma irreversível em relação ao espaço e ao tempo, ou seja, a pessoa nunca voltará atrás para ser igual ao que já foi anteriormente, mesmo que se volte ao mesmo lugar, pois o momento será outro.

d) *“Padrões e organizações indicam o homem e refletem sua unidade inovadora”* (Rogers, *apud* GEORGE, 2000).

O padrão e a organização de um indivíduo proporcionam uma unidade que reflete um universo criativo e dinâmico. Isso quer dizer que o organismo humano permanece com seu campo energético básico, e que apesar das mudanças constantes pode-se prever uma ritmicidade semelhante ao seu desenvolvimento, nunca igual.

e) “O homem é caracterizado pela capacidade de abstração e imaginação, pela linguagem e pensamento, pela sensação e emoção” (Rogers, *apud* GEORGE, 2000).

O ser humano é a única forma de vida que tem consciência do que faz, que expressa sentimentos e sensações, transcendendo a sua evolução.

2.1.3.2 Blocos estruturais

Rogers também identificou quatro blocos de construção baseados nos pressupostos anteriormente citados.

a) *Campo de energia*

Constitui a unidade fundamental do viver e não-viver. Pode-se identificar dois campos de energia: o ser humano e o ambiente. Eles são infinitos, indivisíveis, dinâmicos e interagem entre si, sendo capazes de tirar e libertar energia e informação do ambiente.

b) *Universos de sistemas abertos*

Os campos de energia são abertos e interagem entre si. Os campos humano e ambiental formam um processo contínuo, permitindo a troca com outros campos. É nesse intercâmbio que ocorre a evolução do ser.

c) *Padrão ou modelo*

O padrão ou modelo identificam o campo de energia refletindo seu comportamento, suas qualidades e suas características. Cada modelo de campo

humano é único e é integrado com o seu próprio campo ambiental, podendo mudar constantemente, mas permanecendo sua essência individual.

d) Pandimensionalidade / Quadridimensionalidade

Martha Rogers baseou-se na Teoria da Relatividade, de Einstein para definir a pandimensionalidade, partindo do conceito de que a matéria possui extensão (largura, altura e profundidade), incluindo o tempo como a Quarta dimensão do espaço, o qual é irreversível e tem um único sentido. A partir desse conceito o termo pandimensional proporciona um domínio infinito (um todo unitário), sem limites.

Esse conceito de pandimensionalidade não pode ser confundido com holismo, que geralmente significa a soma das partes, pois o pandimensional é maior e diferente do que a soma das partes, expressando melhor a idéia de um todo unitário.

Por neguentropia, Leopardi (1999, p. 106) entende como: “a tendência para a complexidade crescente determina as mudanças constantes dos campos humanos e ambiental, um agindo sobre o outro, formando sistemas inter-relacionados”.

2.1.3.3 Principais conceitos

Uma teoria só é compreensível através de seus conceitos inter-relacionados e, para isto, é necessário que sejam definidos.

A ‘ciência da unidade dos seres humanos’ é básica para a enfermagem e requer um ponto de vista novo e um sistema conceitual que considere a pessoa como um ser sensível, pensante e criativo.

Rogers, *apud* George (2000), fala sobre o metaparadigma da enfermagem, apresentando alguns conceitos básicos. Ela refere cinco pressupostos acerca do ser humano:

- cada homem é um ser único e indivisível;
- ser humano e ambiente trocam energia constantemente;
- o processo vital do ser humano evolui de forma irreversível, imprevisível e pandimensional;
- existe um padrão para a vida?
- o ser humano é capaz de abstração, visualização, linguagem, pensamento, sensação e emoção.

De acordo com esses pressupostos, Rogers, citada por George (2000, p. 191), conceitua:

- **Ambiente:**

[...] consiste da totalidade de padrões existentes no indivíduo. Tanto o indivíduo quanto o ambiente são considerados sistemas abertos. O ambiente é um campo de energia, irreduzível, indivisível, pandimensional, identificado por padrões e integrado ao campo humano (Rogers, citado por GEORGE, 1000, p. 191).

- **Enfermagem:** é definida como uma profissão aprendida, que é ao mesmo tempo ciência e arte, que se preocupa com a pessoa unitária, de forma humanística e humanitária. A autora refere que a enfermagem, como ciência, progride por meio do conhecimento científico, e que teoria e prática, sendo conceitos distintos, devem unir-se para proporcionar a base da profissão.

A enfermagem busca promover uma interação entre o meio ambiente e o homem, melhorando a coerência e a integridade do ser humano, direcionando e redirecionando padrões para a obtenção máxima do potencial de saúde.

- **Campo de energia:** pode-se identificar dois campos de energia: o ser humano e o ambiente. Eles são infinitos, indivisíveis, dinâmicos e interagem entre si, sendo capazes de tirar e liberar energia e informações do ambiente.

- **Interação:** é uma forma de estabelecimento de relações em que a enfermeira procura mostrar-se aberta, receptiva, compreensiva, entender o que o cliente infartado aborda, agindo de forma recíproca e mútua.

Nessa interação, o ser humano está inserido no universo, assim como o universo está relacionado ao ser humano, relação sempre vista como um todo.

Leopardi (1999) diz que, no modelo conceitual de Rogers, a enfermagem teria a função de ajudar as pessoas, contribuindo para o bem-estar, em seu processo vital. Nesse sentido, percebe-se a importância do conhecimento sobre a relação homem-meio, a fim de auxiliar o indivíduo a restabelecer a integridade, tanto quanto possível.

- **Saúde:** a autora utiliza o termo em seus escritos, mas não o conceitua, apenas considera como um termo de valor, definido pela cultura ou pelo indivíduo. Segundo Leopardi (1999, p. 106): “a saúde para Rogers, não é compreendida em uma visão dicotômica de bem e mal, mas saúde e doença são dinâmicas do processo vital, inseparáveis entre si e emergem da interação ser humano-meio”.

Sendo assim, saúde e doença são situações manifestadas no processo vital e, portanto, devem ser definidas individualmente devido à dinâmica comportamental expressas pelos campos humano e ambiental.

A escolha dos conceitos para a prática está sustentada na declaração dos objetivos e pressupostos, e ao se implementar um cuidado, eles orientam as ações e decisões de modo a considerar-se sempre o desenvolvimento do processo vital em sua integralidade, ressonância e helicidade em relação ao meio ambiente.

Assim, dos conceitos e pressupostos apresentados, decorre o marco referencial da prática desenvolvida com clientes infartados. A seguir, são explicitados alguns conceitos definidos para uma prática específica junto de pacientes infartados.

- **Enfermagem a clientes infartados:** aborda o conhecimento científico, relacionado à prática e à preocupação com a pessoa infartada, de forma humanística e humanitária, buscando promover uma interação entre esta e o seu meio ambiente, buscando a coerência e a integridade dessa relação, direcionando e redirecionando padrões, para a obtenção máxima do potencial de saúde.
- **Saúde e infarto:** a saúde e o evento denominado Infarto Agudo do Miocárdio são dinâmicos no processo vital e emergem da interação entre o cliente infartado e o meio em que vive.
- **Cliente infartado:** é uma pessoa que passa pelo processo de ter vivenciado o infarto, considerada como um todo unificado, que possui uma integridade individual e manifesta características que são mais do que a soma das partes e diferentes dela, tem consciência do que faz, expressa sentimentos e sensações, transcendendo a sua evolução.

2.1.4 Princípios da homeodinâmica

Os princípios da homeodinâmica enunciados por Rogers baseiam-se nos pressupostos e conceitos já mencionados, consistido por três princípios separados: integralidade, helicidade e ressonância. Esses princípios nada mais são do que uma maneira de ver a pessoa em sua totalidade, além de oferecerem orientação para a previsão da natureza e direção do desenvolvimento dos indivíduos.

Integralidade: é o processo de troca entre o campo humano e ambiental que ocorre de forma contínua, mútua e simultânea.

Ressonância: o meio ambiente e a pessoa humana são campos de energia em contínua interação, realizando constantes trocas que podem ser

positivas ou negativas. Dessa forma, o processo vital nada mais é do que um conjunto de vibrações energéticas, propagadas através de ondas dinâmicas. O encontro entre essas ondas provocam interferências que modificam suas características iniciais. Esse processo não é visualizado nem percebido, mas acompanham o campo humano e ambiental e podem resultar fenômenos de integração ou desintegração.

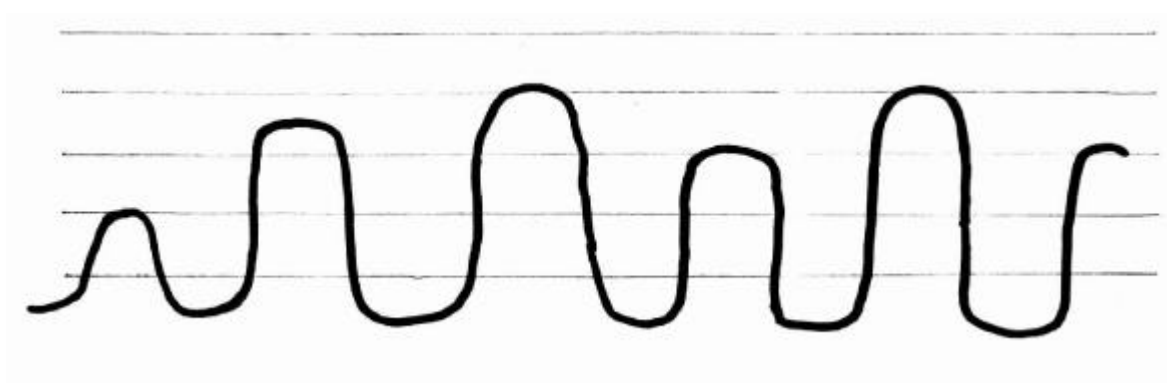


FIGURA 1 - Gráfico representativo das ondas dos campos de energia, adaptado de Leopardi (1983).

Em relação ao gráfico acima, Leopardi (1983, p. 14) diz que

[...] estas ondas são representativas no indivíduo, resultando em diferentes manifestações no humor (tristeza, alegria) e nos sentimentos (frustração, dor, prazer). Às vezes, por exemplo, a pessoa pode sentir tanta dor que a sobrepõe sobre outras sensações ou comportamentos que possa ter.

Helicidade: o processo de vida é evolutivo, contínuo e inovador. Todas as mudanças que ocorrem no campo ambiental ou humano criam novos padrões e visam a diversidade e a complexidade em ritmo crescente, que não se repetem.

De acordo com Horta (1979, p. 27), “helicidade é função de contínuas mudanças inovadoras conseqüentes de mútuas interações, homem-ambiente ao longo de um eixo longitudinal espiralado contido no espaço-tempo”.

O princípio da helicidade compara o processo vital a uma hélice que

impulsiona para frente, onde a cada movimento mantém uma seqüência que engloba ritmo e evolução, passando por planos diferentes.

A teoria de Rogers também desenvolve conceitos de ambiente, enfermagem, saúde, ser humano, campo de energia, interrelacionando-se continuamente entre si.

2.1.5 Teoria das representações sociais

A origem deste termo Representação Social aparece no conceito de representação coletiva desenvolvida na tradição clássica da Sociologia durkheimiana. Sendo assim, Durkheim foi quem pela primeira vez usou o termo Representação Social, dando idéia da coletividade, que se constitui para experiência e conhecimento acumulado no grupo (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 1984 e LEOPARDI, 1999).

Durkheim foi um dos pioneiros para a Psicologia Social, ele enfatizava que a representação coletiva não é a soma das representações individuais, mas que cada representação constitui uma realidade com existência própria. Ele também foi o primeiro a fazer análise sistemática de um fato social – o suicídio.

Durkheim fez um parâmetro entre a Sociologia (estudo das representações coletivas) e a Psicologia (representações individuais), que acabou proporcionando um novo campo de estudo para Moscovici, através das Representações Sociais.

Penna (1999) enfoca que ao utilizar a Psicologia Social, Durkheim admitiu a coexistência dessas duas formas para a produção de conceitos, adotados como verdades, e que se constituíam em bases para as decisões cotidianas das pessoas.

Ela também aborda que Moscovici foi buscar na Sociologia durkheimiana, um primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social americana, uma vez que condena esta tradição dominante, por se ocupar basicamente dos processos psicológicos individuais, deixando de olhar as relações informais e cotidianas do ser humano, em um nível mais propriamente social e coletivo.

Apesar de existirem diferenças entre os conceitos de representação coletiva e social de Durkheim e de Moscovici, há pontos comuns entre os dois. Eles apontam que o indivíduo isoladamente não consegue explicar uma representação coletiva durkheimiana, ou uma representação social de Moscovici.

E para os dois há uma grande importância as representações individuais e representações sociais e coletivas.

Moscovici começou a se distanciar da perspectiva de Durkheim quando propôs, em um outro estudo das representações sociais da psicanálise (MOSCOVICI, 1978), um modelo que revelou os mecanismos sociais e psicológicos das operações, produção e funções das representações sociais.

Penna (1999) aponta que Moscovici retoma e remodela o conceito das representações coletivas de Durkheim, através de estudos de representação da criança, elaborados por Piaget, isto é, a criança constrói seus universos, utilizando símbolos e significados, fazendo com que a imaginação apareça no pensamento social de cada uma.

Sendo assim, Moscovici introduziu o conceito da representação social na Psicologia Social, alicerçado nessas teorias o confronto entre crenças, ideologias, conhecimentos e senso comum.

Leopardi (1992) enfoca que as representações sociais são construídas por um grupo que compartilha a mesma imagem, vivencia a mesma experiência, toma conhecimento da mesma informação.

Portanto, a representação, para cada pessoa, pode ser manifestada de maneiras diferentes. Todos nós temos necessidade de tornar as coisas desconhecidas em familiares, sendo assim, criamos as nossas representações sociais.

Por este motivo, acredito que as pesquisas sobre representações sociais vêm crescendo a cada dia. Assim, atualmente, há muitos trabalhos enfocando esta teoria, e entre eles posso citar os de Spink (1993), Farr (1994), Sá (1993), Guareschi e Jouchelovitch (1994), e outros. Na área da saúde, os seguintes: Leopardi (1992), Schulze (1993), Oliveira e Alvarenga (1996), Guimarães (1997), Escudeiro e Silva (1997), Vieira (1991), Costa (1998), Joffe (1995), entre outros.

Penso que esses profissionais buscaram trabalhar as representações sociais, por esta teoria oferecer uma visão mais profunda sobre o senso comum dos indivíduos envolvidos na pesquisa. A representação corresponde à forma como o indivíduo se percebe no seu grupo social, ou mesmo na sua profissão, projetando para a sociedade esta percepção, que pode ser influenciada por uma série de fatores, que variam de pessoa para pessoa. Entre esses fatores, saliento a cultura, mudanças tecnológicas e científicas, a sensibilidade de cada um, a resistência inconsciente, o grupo em que vive, a família que convive no seu dia-a-dia, os seus limites, podendo esses fatores, ainda, tolher os indivíduos a expressar suas representações.

Nas idéias e proposições de Serge Moscovici, psicólogo e francês em cujos conceitos me apoiei para abordar a proposta de trabalho, as representações sociais são do tipo psicossociológico, ou seja, é justamente nas especificidades dos mecanismos psicológicos e sociais que se dá a produção de uma representação social.

Moscovici (1978) acredita na importância que têm as representações de origem individual para a formação das representações sociais e coletivas. Para ele, associa-se a maneira como nós, sujeitos sociais, aprendemos os fatos da vida diária (na forma de conhecimento ingênuo, espontâneo ou de senso comum), com a do outro, como um conhecimento social, elaborado, compartilhado, isto é, um conhecimento prático, construídos pelos seres humanos, na sociedade, por meio de gestos, palavras, sentimentos, crenças e informações que acumulamos no nosso cotidiano.

De acordo com Farre e Sá, *apud* Penna (1999), a Teoria das Representações Sociais (TRS) consiste em uma gama sociológica da Psicologia social, originada na Europa, com a publicação feita por Marcovici, em 1961, do trabalho intitulado “La psychanalyse: son image e son public”. Portanto, Moscovici é considerado o autor da TRS, afirmando que as representações sociais são constituídas e compartilhadas pelos seres humanos na sociedade, a partir de atitudes, de valores, da educação que recebem no contexto em que estão inseridos.

Já Jodelet (1984), considera Representações Sociais (RS) de forma

diferente, ela enfoca as representações como um saber prático que liga o sujeito a um objeto. No entanto, isso ocorre por meio de uma construção e de uma expressão do sujeito, do ponto de vista epistêmico ou psicodinâmico, como também social ou coletivo. A representação se apresenta como uma modelização do objeto, podendo ser compreendida em diferentes suportes lingüísticos, comportamentais ou materiais.

Moscovici (1981) enfoca que RS é um processo revestido de sentido, de expressão e de significação, que são impregnados na vida do ser humano. Ele considera que, por mais elementar que seja a representação, ela parte do sistema de elaboração cognitiva (saber social), afetiva (simbólico e imaginário desses saberes) e social (constituição compartilhada das imagens registradas sobre a realidade conhecida). Partindo desses sistemas, o ser humano norteará seus comportamentos, suas atitudes.

A TRS pode ser considerada para a compreensão do cliente infartado, porque ele, com sua experiência e seu conhecimento sobre a doença, acabará constituindo um pensamento social, um conceito, e uma explicação, que vem do seu dia-a-dia com a sua doença associada ao conhecimento adquirido durante as orientações dos profissionais de saúde, leituras ou ainda por outros meios de comunicação.

Para Moscovici (1978), as RS correspondem a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-subjetivas, podendo ser comparadas a uma versão contemporânea do senso comum.

Diante desses conceitos, busco nas RS o apoio para, junto ao cliente infartado, trabalhar sobre o que representa o infarto para ele.

2.2 Representação gráfica do marco conceitual

Para caracterizar a inter-relação entre os conceitos da Teoria de Martha Rogers e das representações Sociais, proponho, na Figura 2, um esquema demonstrando conceitos e pressupostos que compõem o marco de referência a

enfermagem, com seu conhecimento científico, relacionando teoria e prática, regando (alimentando) os clientes (representados por corações), cada um de uma cor, por ser único e indivisível, mas que compartilham a experiência do infarto do miocárdio. Estes fazem parte de um campo de energia, que é infinito, indivisível, dinâmico, e interagem cada qual com seu próprio meio, sendo capazes de absorver e liberar energia e informação desse ambiente.



FIGURA 2 – Representação gráfica do marco conceitual.

3 METODOLOGIA

Esta proposta compõe-se de duas etapas, ou seja, a etapa de prática assistencial e um segundo momento, em que pretendo conhecer as representações sociais dos clientes infartados sobre sua doença.

O percurso metodológico se constitui, portanto, de alguns procedimentos já desenvolvidos durante a prática assistencial e outros que se referem às condutas investigadas para chegar aos dados sobre as representações sociais e analisá-los.

3.1 Primeira etapa

Para a elaboração deste estudo, apoiei-me na Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde. Esta resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram de declarações e diretrizes sobre pesquisa que envolvem os mesmos (BRASIL, 1996).

O pesquisador deve ser uma pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos pesquisados.

Nesta prática assistencial, o interesse e objetivos se aproximam da situação de pesquisa, ainda que inclua cuidados em relação à situação de saúde vivenciada pelas pessoas participantes. A assistência de enfermagem aos clientes infartados, tendo como referência a Teoria de Rogers, proporcionou o bem-estar dos clientes infartados e de sua família.

Respeitando o sujeito da pesquisa e a sua dignidade humana, foi pedido o consentimento por escrito (Apêndice A) para a realização do trabalho, esclarecendo os objetivos e os procedimentos que serão usados no estudo, sendo-lhe assegurado esclarecimento, antes e durante o curso do mesmo sobre metodologia e suas demais dúvidas. Há liberdade de participar ou não do trabalho, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado hospitalar. Também lhe foi assegurada a privacidade e o sigilo absoluto, quanto aos dados confidenciais envolvidos.

O cliente infartado e sua família foram tratados com dignidade e respeito, respeitando também seus valores sociais, culturais, morais, religiosos e éticos. A eles será assegurado sua privacidade, a proteção de sua imagem e garantido a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Estas informações deverão ser utilizadas exclusivamente com finalidade científica, e lhe foi garantido o sigilo e o seu anonimato, visando a proteção de todos os envolvidos.

Sendo profissional da área da saúde, tenho uma preocupação no aspecto ético com as pessoas, portanto cabe a mim zelar pelo acatamento e aprimoramento destas regras.

Outros pontos éticos, em relação à enfermagem, refletidos no decorrer da prática assistencial:

- A concepção mecanicista que temos do que é saúde e doença, dando ênfase as técnicas, ainda são atos falhos, o que denuncia o que devemos refletir. Pude perceber que a enfermeira “se descuida” do cliente cardíaco, por não exigir muito da equipe, por ser um cliente que não apresenta procedimentos muito complexos (drenos, sondas, aspiração, etc.).
- Questão sigilo a uma atividade “não legal”, referida pelo Coração Verde, que não havia prejuízo para outras pessoas.
- Que mesmo que o cliente com o passar do tempo, banalize esta assistência, eu tenho certeza de que orientei e informei este ser infartado a mudar o seu estilo de vida. É comum com o passar do tempo que o cliente “esqueça”, o que foi orientado e passe a não se

cuidar mais, mas eu como enfermeira tenho o dever de mesmo assim orientá-lo em todas as suas dúvidas.

- Também procurei não fazer julgamento do que me foi relatado, ouvi e trabalhei a partir das necessidades deles (clientes infartados).

O cenário escolhido para a aplicação da prática assistencial foi o Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo (HCAA), localizado na cidade de Santa Maria, RS.

Santa Maria está localizada no centro do Rio Grande do Sul, por isso chamada “O coração do Rio Grande” e tem 240 mil habitantes.

Tem seis hospitais de grande e médio porte, vários postos de saúde, distribuídos nos distritos sanitários. É, portanto, uma cidade de referência no Estado, pois atende uma demanda das cidades vizinhas.

O HCAA é um hospital de grande porte, que atende pacientes conveniados e particulares, com área útil de 12.000 m², com 251 leitos, 15 unidades de internação, 10 leitos UTI geral, unidade coronariana (Ucor) (8 leitos) e Neonatal. O quadro de funcionários é formado por 641 trabalhadores, sendo que estes estão distribuídos nos diversos setores (enfermagem, administração, secretarias, etc.).

Na área da enfermagem, atuam 44 enfermeiras, 173 auxiliares (masculino e feminino), 60 técnicos (masculino e feminino) e 4 atendentes, sendo que estes atuam em serviços gerais (limpeza de material, etc.).

Os clientes infartados são atendidos, quando chegam no HCAA, no pronto atendimento; logo após, transferidos para a unidade coronariana, permanecendo em média neste setor por quatro dias, dependendo das repercussões clínicas do evento, sendo logo após encaminhados para unidades de internação.

Nessas condições, para a implementação da prática assistencial foram necessários os seguintes passos:

- inicialmente, foi enviado um ofício à Direção de Enfermagem do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo, comunicando e esclarecendo os objetivos do trabalho e pedindo permissão para sua aplicação (Apêndice B);

- quando autorizado, entrei em contato com alguns médicos cardiologistas que fazem parte de uma clínica, na qual trabalhei por vários anos e pedi que estabelecessem contato comigo, comunicando-me quando internassem clientes com diagnóstico de infarto;
- ficando com receio de não ter acesso aos clientes com os quais pretendia trabalhar, pedi à enfermeira, chefe da unidade coronariana que me comunicasse internações de cliente com o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- após os contatos da enfermeira, fiz o primeiro encontro com clientes infartados na unidade coronariana; totalizando quatro clientes;
- quando estes foram para o quarto, fiz o 2º encontro, expliquei os objetivos do trabalho e pedi permissão para colaborar com este estudo, solicitando sua assinatura no termo de consentimento informado (Apêndice A);
- quando o paciente concordava, pedia a sua autorização para gravar e lhe assegurava o anonimato, explicando que usaria pseudônimo (relacionado a cores);
- no diálogo, se não houvesse interação entre o cliente e eu, procurava novas estratégias de aproximação, sempre respeitando seu desejo se preferisse interromper o contato.

A proposta de trabalho foi realizada em dois meses, incluindo os clientes infartados, aos quais tive acesso neste período, independente de idade, sexo, cor, raça, classe social, convênios.

Esta prática foi, para mim, um desafio, pois se constituiu em uma intervenção inovadora, em que auxiliei o cliente infartado a readaptar-se, a partir de suas maneiras peculiares de compreender e conduzir seu processo vital.

3.1.1 Processo de enfermagem desenvolvido

O processo de enfermagem, de acordo com Rogers, foi construído

juntamente com o cliente, tendo por finalidade obter a maximização da saúde. Desta forma, não foi planejado ou determinado previamente.

a) Coleta de dados

Sempre deve haver uma relação entre cliente-enfermagem, o que nem sempre é conseguido no primeiro contato, por isso foi necessário um segundo encontro, de acordo com o instrumento (Apêndice C), para a criação de vínculos terapêuticos. Segundo Silva (1993, p. 29), de acordo com os conceitos de Rogers, “coleta de dados é a fase na qual o enfermeiro, juntamente com cliente e pessoas que com eles interagem, buscam detectar a integridade nas relações do cliente com o seu eu e com o meio ambiente”.

b) Diagnóstico de enfermagem

O diagnóstico teve a finalidade de detectar o curso rítmico dos processos vitais do cliente infartado, instituindo uma relação entre eventos passados e presentes.

c) Intervenção

Foi a fase na qual o enfermeiro, cliente e as pessoas que fazem parte do seu meio (familiares), executaram as ações, com objetivo de estabelecer metas dirigidas à aquisição da saúde.

Uma das características da intervenção é não ser previamente planejada, pois não podemos anteciper os acontecimentos/eventos. A intervenção foi desenvolvida com o objetivo de adequar-se aos fatos presentes, tentando abordar com o cliente infartado o que ele estava passando naquele momento.

Por meio do plano de enfermagem, tentei direcionar a ação para promover

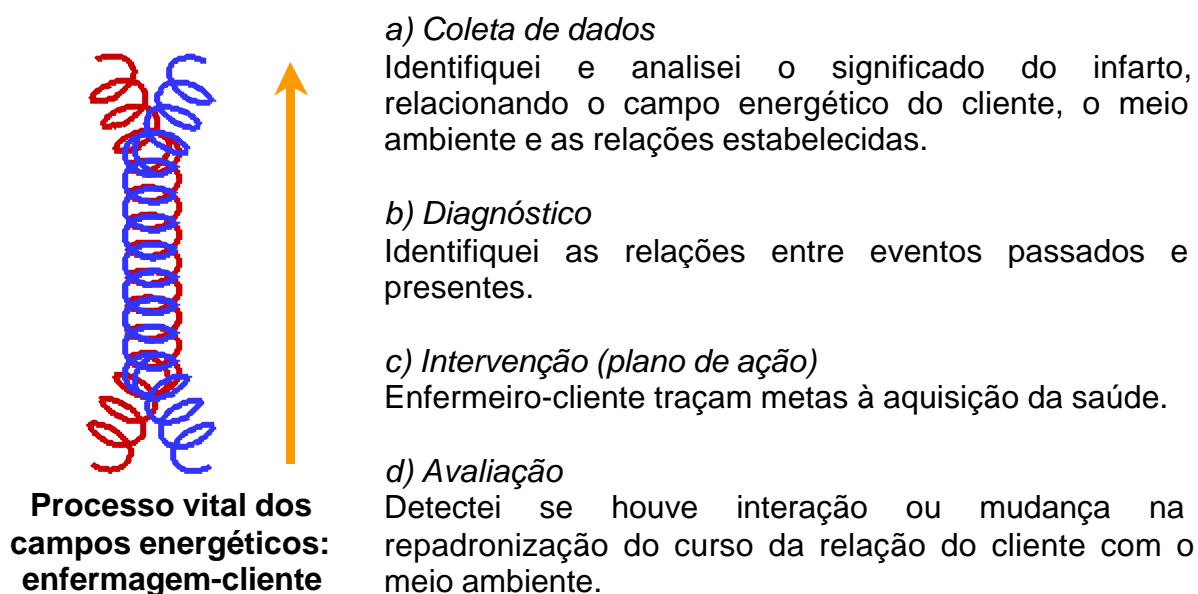
a repadronização dinâmica do ser humano vital, visando ajudá-lo a desenvolver padrões de vida que se adaptassem às mudanças ambientais, ao invés de entrar em conflito com elas.

d) Avaliação

A avaliação é a apreciação sistemática e valorativa feita pelo cliente infartado e a enfermeira, a fim de verificar se ocorreu ou não mudanças na padronização do curso da relação do cliente e meio ambiente, levando em consideração as metas proposta durante o processo.

A fase de avaliação esteve presente em todas as etapas do processo de enfermagem com a finalidade de adequar e corrigir o rumo estabelecido com o cliente, respeitando sua dinâmica de vida.

Intervenção conjunta enfermeiro-cliente após 1º IAM



Esquema do processo de enfermagem desenvolvido por Silva (1990), com base em Rogers, adaptado para o cliente após o 1º IAM.

A partir da assistência de enfermagem prestada, senti a necessidade de compreender as imagens pessoais que os participantes da assistência apontam

no processo assistencial, daí ter pensado que esta possibilidade seria vislumbrada como representações marcadas no cotidiano por similaridades nos grupos que são portadores de problemas cardíacos. A partir disso, pensei na proposição desta investigação, para conhecer as representações dos clientes infartados, de modo que a enfermeira pudesse utilizar tais resultados para a repadronização no processo vital da clientela, em sua atuação profissional.

3.2 Segunda Etapa – A busca das Representações Sociais

3.2.1 Caminho proposto

Esta segunda parte da proposta teve caráter exploratório, com abordagem qualitativa, cujo desenvolvimento é embasado na teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici (1978). O enfoque metodológico e referencial das Representações Sociais, enfatiza “o compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos” (MINAYO, 1994, p. 134). Enfatiza também “a existência de uma sociedade pensante que absorve e produz conhecimento”, segundo Nascimento-Schulze (1997, p. 40).

O que me levou a optar pela representação social dos clientes infartados foi a preocupação com a subjetividade destes, e esta só poderia vir à tona se eu fosse buscar o que representa a doença para eles. Por este motivo, acredito ser um desafio, pois penso não ser fácil trabalhar com as subjetividades das pessoas, mas aos poucos, este tema foi me fascinando e, agora, não consigo ver o cliente sem pensar no seu lado subjetivo.

Os clientes infartados que foram entrevistados marcavam consulta normal na clínica cardiológica, sem saber desta pesquisa, nos meses de novembro e dezembro de 2001. No momento que o cliente chegava à clínica, a secretária ou o próprio médico verificavam na ficha se era cliente pós-infarto e comunicavam-me por telefone.

O horário de atendimento nesta clínica é sempre à tarde e, neste período, eu procurava estar sempre livre para ir imediatamente para o local, quando fosse

chamada.

Chegando à clínica, esperava o cliente ser atendido pelo médico, e terminado o procedimento, a secretária o convidava para passar para outra sala, onde estaria uma enfermeira conversaria com eles (cliente/familiar). Em muitos casos, o próprio médico já falava do trabalho para o cliente e ele já chegava sabendo do que se tratava.

Quando isso não acontecia, eu procurava explicar a importância do trabalho, às vezes eu fazia o contato imediatamente após a consulta médica e pedia o seu consentimento para que eu pudesse fazer algumas perguntas e gravá-las. Também explicava que seria resguardado o seu anonimato e que se, em alguma fala, preferisse que eu não gravasse também teria este direito.

Todas as entrevistas desenvolveram-se em um clima de muita simpatia. A disponibilidade de tempo que os clientes concederam foi maior do que eu precisava, sendo que em muitas entrevistas os clientes ficavam conversando, por muito tempo. O tempo de duração das entrevistas variavam de 10 minutos a duas horas de interação, dependendo do interesse do entrevistado. Eu havia me proposto a conversar com eles independente do tempo e neste momento dar a atenção que muitos deles estavam precisando.

No decorrer das entrevistas, decidimos por uma amostra de 20 clientes entrevistados, já que começou a se verificar saturação nas informações que eram prestadas.

3.2.2 Local da realização da pesquisa

O local da proposta como um todo foi na cidade de Santa Maria. E esta segunda etapa foi realizada em uma clínica particular, localizada na rua André Marques, 695, no Centro de Santa Maria. Esta clínica é composta por um médico cardiologista, uma secretária e possui várias salas, sendo duas de espera, duas salas para atendimento, com individualidade para atendimento aos clientes, sendo que em uma destas salas realizei a entrevista.

Os clientes eram recebidos pela secretária e, após a sua consulta,

passavam à entrevista. O tipo de clientela varia, sendo atendido neste local clientes particulares e conveniados.

3.2.3 Coleta de dados

Apresentei-me aos clientes infartados explicando-lhes a pesquisa que estava sendo feita e me colocava à disposição, para que interferissem sempre que achassem necessário. Procurava sempre estabelecer uma interação, para depois começar o preenchimento do instrumento (Apêndice D). Este instrumento consta de dados de identificação, perguntas abertas e fechadas, focalizando uma entrevista semi-estruturada, ou seja, apresenta um roteiro pré-estabelecido que inclui na última pergunta, todo o objetivo deste trabalho que é saber o que significa o infarto para o entrevistado.

Após os dados de identificação, havia duas perguntas fechadas que procuravam saber o que o cliente apresentava antes do infarto, e se ele acreditava que alguns destes fatores levaram-no à doença, seguida de duas perguntas abertas sobre quais os fatores que levaram à doença e se tinha problemas de saúde associado. Por último, perguntava o que representava o infarto para ele, sendo que, quando eles preferiam falar por monossílabos, eu tentava guiar a entrevista, ou seja, acrescentava alguns elementos estimuladores, tais como o que ele pensava em relação à atividade física, à alimentação, ao relacionamento com a família, ao sono, etc. Para muitos clientes entrevistados, não havia necessidade de falar mais nada, de modo que, fazia a pergunta, ligava o gravador (autorizada por eles) e eles falavam, às vezes, além do esperado.

De acordo com o roteiro, as respostas às primeiras perguntas eram registradas por mim no momento em que ia perguntando e, após, quando perguntava sobre a representação social, passava a gravá-las para não correr o risco de interferir ou perder dados importantes.

Percebi que muitos dos participantes pareciam aproveitar aquele momento para conversar, desabafar suas angústias, suas mágoas, sua solidão. Porém, alguns ficavam com receio de falar e acabavam falando pouco, o que não deixava

de abordar a representação do infarto para eles.

Contudo, sempre que percebia que eles gostariam de falar algo e não falavam, por estar gravando, desligava o gravador, e os deixava falar. Se o que diziam parecia-me uma representação, procurava logo após o cliente sair, fazer as anotações no papel.

Também ocorreu que os clientes, na empolgação de falar, acabavam desviando o assunto e me contando coisas particulares. Neste momento, também procurava desligar o gravador e ouvi-los. Em todos os momentos, nunca deixei de escutar a todos, independente de estar relacionado ao trabalho ou às suas angústias, que não deixavam de ser o seu lado subjetivo, que sempre foi a minha preocupação.

3.2.4 O método de análise de conteúdo

Após a coleta de dados e a transcrição das entrevistas, passei ao trabalho de Análise de Conteúdo (AC), com base em Bardin (1977).

Primeiramente, fiz a leitura flutuante de todo o material, ou seja, examinei o material detalhadamente, fragmentando-o, no sentido de atingir as unidades constituintes. Após, categorizei os dados, ou seja, apontei as expressões emitidas sobre os temas e fiz o estabelecimento de relações, no sentido de compreender que os elementos unitários podem ser reunidos na formação de conjuntos, isto é, em categorias. Moraes (1998) enfoca que a categorização, além de reunir elementos semelhantes, também implica em nomear e definir as categorias.

Após, realizei o tratamento dos dados, no qual busquei o grau de intensidade dos significados dos conteúdos e, com base nos quadros produzidos, procurei fazer uma análise, abordando, também, a minha percepção em relação aos dados coletados.

Sendo assim, emergiram as seguintes categorias:

1. Mudança no estilo de vida;
2. A doença como é percebida;
3. A doença como é falada;

4. Informações sobre a doença.

Das duas primeiras categorias, emergiram sub-categoriais, ou seja, na “Mudança no estilo de vida”, surgiram como sub-categorias a alimentação, cuidado de si, sono, limitações, relação com a família e readaptação, e na categoria “A doença como é percebida”, emergiram o medo da recidiva, fatores desencadeantes, medo da morte, relação com outras doenças, projeção em outras pessoas, negação do infarto, não aceitação da doença, crenças e a doença e sensibilidade, sendo que das demais categorias não emergiram sub-categoriais.

Também, neste momento, fiz uma breve descrição das categorias e sub-categorias, relacionando-as à Teoria de Rogers. De fato, na medida em que o cliente relatava a necessidade de mudança no estilo de vida, ele estava apontando, com outras palavras, o que Rogers chama de repadronização do processo vital, fundamental para evitar recidivas da doença, obtendo uma melhor qualidade de vida.

A doença como é percebida e como é falada tem referência com os eventos passados e presentes em sua vida, ou seja, da sua relação com o meio ambiente, tal como definido por Rogers. E a questão de informação sobre a doença é um elemento para repadronização, a partir da decisão sobre metas para aquisição da saúde.

3.2.5 Procedimentos éticos

Foram tomados os cuidados éticos referidos na primeira etapa.

4 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL: O ENCONTRO COM O ARCO-ÍRIS

Como já demonstrado na metodologia, a prática assistencial foi implementada considerando-se a necessidade de prestar cuidados a clientes infartados e aplicar conceitos da teoria de Rogers, de modo que, neste primeiro momento, não foi importante o número de pessoas participantes.

Para que seja compreensível ao leitor, farei uma breve descrição dos encontros com cada pessoa participante e depois desenvolverei alguns aspectos avaliativos sobre a experiência, seus limites e possibilidades.

De antemão, desejo referir que as representações sociais estruturadas na segunda etapa desta pesquisa, que apontava percepções dos participantes, foram mudanças no estilo de vida, a doença como é percebida e a doença como é falada também já haviam sido expressas de forma espontânea na prática assistencial, porque no momento em que os entrevistava para levantar suas necessidades de cuidados, eu já estava preocupada com o significado do infarto para o cliente, levando-me a considerar os comportamentos que eles já tinham sobre a doença e como eles conduziam seu processo vital.

Assim, neste relato, vou abordando as vivências estabelecidas na relação terapêutica estabelecida, de modo a dedicar um espaço às subjetividades das pessoas envolvidas.

4.1 Coração Vermelho

a) Encontro com o Coração Vermelho

Ao chegar ao leito do Coração Vermelho, na unidade coronariana, me apresentava, conversava um pouco sobre a sua aparência, que no momento estava ótima e explicava sobre o trabalho. Era uma pessoa do sexo feminino, com 45 anos, casada, procedente de Santa Maria, com curso superior, sendo sua ocupação atual farmacêutica.

Ela aceitou fazer parte desta prática e demonstrou bastante interesse em contribuir com a enfermagem no que fosse necessário. Senti que ela valoriza bastante a profissão e estava disposta a falar sobre a sua “doença” naquele momento. Deixei-a falar um pouco e lhe expliquei que voltaria nos próximos dias para que pudéssemos, em um ambiente mais tranquilo, ou seja, no quarto, conversar melhor. Despedi-me com um até breve e fui até o seu prontuário ver alguns dados.

b) Conhecendo melhor Coração Vermelho

Coração Vermelho havia sido internada anteriormente apenas para cesariana e nunca mais precisou de hospital, segundo ela. No momento, sabia do motivo de sua internação atual e sobre o seu problema de saúde. A princípio, referiu que não tinha a mínima idéia do que a teria levado ao infarto, mas acreditava que talvez fosse por ansiedade. Porém, não entendia muito bem por que havia ocorrido agora, já que estava em um período ótimo de sua vida, seus filhos estavam tranquilos, já havia terminado uma obra que há um tempo antes a deixara aflita. Mas naquele momento, não entendia, estava tudo bem com ela e com toda a sua família.

Quanto perguntei se já havia procurado um médico por este motivo, ela respondeu que, em dezembro de 1997, fez um controle e foi encaminhada para um cardiologista, mas fez todos os exames e só a pressão arterial teria dado um

pouco alterada. Perguntei o que lhe tinha sido orientado e ela referiu que o médico havia prescrito um anti-hipertensivo que ela usou por um determinado tempo (muito pouco tempo) e que começou a fazer exercícios físicos, ou seja, caminhada, a cuidar da alimentação. Quando sua pressão estabilizou, parou de usar a medicação e não procurou mais o cardiologista acreditando que, tendo normalizado a PA, o problema estava resolvido.

Neste momento, procurei direcionar o diálogo para promover a repadronização dinâmica do controle da pressão arterial e o uso das medicações, mesmo quando a PA estivesse normal. Então, ela mesmo admitiu que não deveria ter parado a medicação e que a partir de agora teria de usar as medicações prescritas, ao menos por um longo tempo.

A seguir, foi questionado sobre os problemas relacionados ao infarto que o Coração Vermelho apresentava. Ela referiu o estresse e a ansiedade (não muito neste momento), citou a hipertensão arterial e a história de doença cardiovascular na família. Acreditava que estes fatores contribuíram para o agravamento da sua doença e referiu não ter mais nenhum problema de saúde associado.

Quando busquei detectar os hábitos alimentares e suas preferências, ela pareceu bastante informada sobre o que deveria comer e frisou que não abria mão das frutas, verduras, legumes, carne variada, de preferência branca. Naquele momento, abordei a necessidade de ingerir mais líquidos e alimentar-se de 2/2 horas, em pequenas quantidades, não ficando muito tempo sem se alimentar.

Ela praticava atividade física, em média 3 vezes por semana e dava preferência por caminhadas, disse que nunca sentiu cansaço aos esforços, nem na atividade física.

Coração Vermelho acredita que o IAM não trará problema algum na sua vida familiar e encara com naturalidade a doença.

O trabalho, ela considera bastante estressante. Mas suas palavras são:

[...] vou procurar me adaptar a realidade.

Em relação à atividade sexual, acredita que não mudará em nada seu comportamento e para ela a relação sexual: “*é reviver a cada vez*”.

c) Diagnóstico de Enfermagem do Coração Vermelho

Em relação ao processo vital, detectei em eventos passados, o padrão ansiedade, hipertensão e doença cardiovascular na família.

Em relação à repadronização do processo vital, as possibilidades de mudança foram consideradas por mim e pelo Coração Vermelho, e bem aceitas pela mesma.

d) Plano de ação/cuidados com o Coração Vermelho

Nesta fase, junto com a cliente e às pessoas que fazem parte do seu meio, traçamos metas, com o objetivo de estabelecer probabilidades de mudanças para a aquisição da saúde.

Em relação à ansiedade, que era bem pouca nos últimos meses, mas ao serem revistas, procurei ver suas causas e a importância que tinham para ela esses pequenos problemas, e ela mesma chegou à conclusão que "... esta não é a causa que me levou ao infarto, com certeza".

Sobre a hipertensão, no momento da coleta de dados, ela relatou que quatro anos antes, teria tido uma crise de hipertensão e que não deu muita importância. Começou a tomar as medicações, mas logo mudou seu estilo de vida fazendo caminhadas e se alimentando o mais correto possível, o que levou a sua pressão a estabilizar, e em questões de dias parou com a medicação prescrita pelo médico e não mais fez controle com o seu cardiologista. Sobre este evento passado, procurei orientá-la para que, agora, após o 1º infarto agudo do miocárdio, não deixasse de usar a medicação, explicando-lhe a importância do anti-hipertensivo que terá que usar o resto de sua vida, provavelmente.

Em relação à hereditariedade, justifiquei o aparecimento da doença em adultos jovens pela condição hereditária e que as artérias coronárias e a identificação com familiares cardíacos parecem influenciar significativamente a alta incidência desta enfermidade.

4.2 Coração Amarelo

a) Encontro com o Coração Amarelo

Fui avisada pelos funcionários da unidade coronariana sobre a internação do Coração Amarelo. Este cliente infartado tem 72 anos (sexo masculino), é casado, procedente de cidade vizinha (Agudo) e sua ocupação atual é trabalhar na roça e sua escolaridade, alfabetizado.

Dirigi-me ao seu leito, na unidade coronariana e, ao chegar ao cliente, me apresentei, falei do trabalho, mas senti que ele tinha certa dificuldade em entender por que eu estava fazendo aquilo. Voltei a explicar minuciosamente, com palavras bem simples para que ele pudesse entender. Senti que o Coração Amarelo pouco entendeu os meus objetivos, mas mesmo assim senti a necessidade de trabalhar com ele, por ser uma pessoa que tinha pouco conhecimento sobre sua doença.

Quando perguntei sobre o seu diagnóstico, ou seja, se sabia o que havia ocorrido com ele, usou estas palavras:

[...] eu tive um tal de enfarte, não sei bem o que isto é [...].

Perguntei-lhe o que o médico havia lhe explicado, mas entendi que ele não tinha sido orientado sobre a doença, o que me levou, a partir daí, a explicar o que era Infarto Agudo do Miocárdio, pedindo-lhe permissão para voltar e continuar fazendo este trabalho de assistência de enfermagem.

Expliquei-lhe que, quando fosse para o quarto, eu seria avisada e iria visitá-lo. Assim, poderíamos ficar mais à vontade para conversar.

Percebi, neste primeiro encontro, que não seria muito fácil interagir com este cliente, já que ele era uma pessoa que falava muito pouco e que praticamente me respondia em monossílabos. Despedi-me, frisando que logo iria visitá-lo na unidade.

b) Conhecendo melhor o Coração Amarelo

O segundo encontro com o Coração Amarelo começou no momento em que cheguei à unidade e fui até o seu leito. Ele estava quieto e cabisbaixo, olhou-me e rapidamente sentou na cama. Procurei deixá-lo o mais à vontade possível, peguei uma cadeira e sentei ao seu lado, procurando ficar o mais perto possível para tentar interagir melhor com este cliente infartado.

Ele sabia o seu diagnóstico e referiu que já havia sido internado anteriormente por problemas cardíacos. Falou ter “problema de circulação” e acreditava que o que levou a desencadear a doença foi seu esforço ao trabalhar na roça e me disse:

[...] eu trabalho muito, trabalho pesado mesmo, faço muito esforço.

Ele referiu que já havia procurado um médico por este motivo e fazia o tratamento como tinha sido orientado, usava anti-hipertensivo diariamente. Disse ser muito nervoso, estressado e que usava fumo antes do infarto. “Agora, pare!”, disse o cliente, que é hipertenso e não entende por que infartou, já que usava a medicação certa, dizendo não ter mais nenhum problema de saúde associado.

Neste momento, por meio do plano de enfermagem, tentei direcionar para promover a repadronização dinâmica do processo vital, visando ajudá-lo a desenvolver padrões de vida que se adaptem às mudanças, como tentar diminuir o cigarro, embora fosse melhor ele parar, como tinha referido e expliquei-lhe sobre o porquê do infarto, mesmo usando a medicação.

Perguntei, ainda, se fazia tempo que ele não ia ao médico, ele referiu que sim, e também entendeu o porquê do infarto, já que fazia muitos anos que usava uma certa medicação, na mesma dosagem, sem fazer uma nova avaliação.

Os seus hábitos alimentares incluíam batata, verduras, feijão, arroz, carne. Neste momento, sua irmã chegou no quarto e me foi apresentada, relatando que ele é muito ansioso por causa dos filhos, que já são casados, mas que dependem dele.

Quanto à sua alimentação, foi orientado a comer regularmente de 2/2 horas, não muito amido, pouca gordura, diminuir o sal, procurar ingerir mais líquidos e aproveitar mais os alimentos plantados na sua “roça”.

Quanto à atividade física, o paciente relata que caminhava bastante no campo e que não ficava nenhum dia sem caminhar e só se sentia cansado, quando realizava uma grande subida no campo, mas achava aquilo normal. Neste momento, foi orientado para que, em qualquer atividade, quando se sentir cansado, deve parar e descansar e nunca forçar, principalmente agora, depois do infarto. Foi orientado para que diminuísse as suas atividades no campo, e ele mesmo achou que deveria parar um pouco, já que estava “velho demais para trabalhar tanto”. Acreditava que a doença não lhe traria problemas familiares e que, no trabalho já estava solucionado, que iria diminuir mesmo o ritmo.

Quando lhe foi perguntado se, em relação à atividade sexual (sua irmã já não estava mais no quarto), iria mudar o seu comportamento, o paciente falou: “não sei”, e não falou mais nada, respeitei-o e não falei também. Somente minutos depois, procurei orientá-lo a ter uma vida normal, só com alguns ajustes, em relação ao que já lhe tinha dito e explicado. Voltei a reforçar que só ele saberia quando deveria parar com seus excessos.

c) Diagnóstico de Enfermagem do Coração Amarelo

Em relação ao padrão do processo vital, detectei, em eventos passados, que o Coração Amarelo era nervoso, estressado, fumante e hipertenso. Fazia uso de medicação anti-hipertensiva, sem acompanhamento, pois fazia vários anos que não ajustava a medicação. Relatou que ao esforço sentia-se cansado. É uma pessoa que fala muito pouco e, acredito, guarda a sua ansiedade só com ele, não divide com os familiares (eventos presentes).

d) Plano de ação/cuidados com o Coração Amarelo

Nesta fase, junto com o cliente e às pessoas que fazem parte do seu meio, traçamos metas, com o objetivo de estabelecer probabilidades de mudanças para a aquisição da saúde.

Junto ao Coração Amarelo, procurei ver a probabilidade das seguintes mudanças.

Em relação ao estresse e ao estado nervoso, procurei saber o motivo que o deixava angustiado e tentei passar para este cliente a importância de tantas outras coisas na vida, que às vezes nos apegamos e damos valores a problemas que, se realmente pensarmos bem, não são tão importantes, com o que ele concordou, apenas com gestos de cabeça.

Sua irmã havia me falado que ele se angustiava muito com os filhos que dependiam dele, e por isso, tentei detectar o motivo pelo qual ele se sentia na obrigação de ajudar os filhos casados, mas obtive pouca resposta. Orientei-o a deixar que os filhos se preocupem com ele, pois já tem idade suficiente para descansar um pouco. Ele concordou e traçamos algumas probabilidades de mudança como, por exemplo, iria deixar de trabalhar tanto na roça.

Quanto ao fumo, mostrei que é um fator de risco para todas as pessoas, principalmente para aquelas que já sofreram o 1º infarto e que se continuar a manter o tabagismo, a predisposição de ter novo episódio da doença é bem maior.

Planejamos juntos o controle da pressão arterial e o uso da medicação e em qualquer alteração, procurar o seu médico.

Quanto à alimentação, foi orientado e concordou em ingerir mais líquidos, comer frutas e verduras, principalmente ele que tem mais acesso a alimentação saudável e procurar alimentar-se de 2/2 horas em pequenas quantidades, não ficando muito tempo sem comer. Procurei mostrar a importância de não comer só o amido e sim, mesclar mais a sua alimentação.

Junto a este cliente procurei explicar que a qualquer sinal de cansaço procure descansar e que não abuse muito, pois já está com certa idade e que precisa parar um pouco de trabalhar.

Quanto ao falar pouco, procurei saber o que ele estava passando no momento, ele só referiu “que precisava parar um pouco de trabalhar, porque vinha trabalhando demais”.

4.3 Coração Verde

a) Encontro com o Coração Verde

Um dia fui até a unidade coronariana para procurar uma pessoa, que uma funcionária, sem muita certeza do diagnóstico definitivo, havia me informado que talvez ainda estivesse nesta unidade.

Quando cheguei, a enfermeira me comunicou que havia sido confirmado o IAM deste cliente, mas que ele já estaria na unidade de internação.

Fui até a unidade de internação, peguei sua pasta e vi a confirmação do diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. O Coração Verde é do sexo masculino, 55 anos, de cor branca, casado, procedente Frederico Westphalen, sua ocupação atual é comerciante e sua escolaridade, o Ensino Fundamental incompleto.

Quando cheguei ao leito, me apresentei e expliquei os objetivos do trabalho, sentindo que, no mesmo momento, ele apresentava uma ansiedade imensa de querer falar, pois em poucos minutos, falou muito sobre a sua doença, sabia o seu diagnóstico, mas a todo o instante percebi que ele procurava os motivos que teriam levado ao infarto. Deixei-o falar, não interfeiri, só ouvi e expliquei que no decorrer da coleta de dados, eu iria orientá-lo sobre as suas dúvidas e suas angústias sobre esta doença.

No decorrer da conversa, ele me falou que seu médico teria lhe dito que provavelmente teria alta no outro dia pela manhã. Fiquei preocupada em vir no dia seguinte e não encontrá-lo e no mesmo momento avisei-o que, à tardinha, iria até o hospital para conversar com ele. Despedi-me, com um até breve, e com uma certeza de que este cliente precisava imensamente de orientação e de alguém que o ouvisse.

b) Conhecendo melhor o Coração Verde

O Coração Verde é um cliente que já esteve internado anteriormente por alcoolismo, mas refere que já superou este problema. Sabe o motivo de sua internação e seu problema de saúde, acredita que a causa do problema seria o estresse e que nunca havia procurado médico por motivos cardiológicos.

Ele referiu que é muito estressado e que vive sob tensão constante, já que trabalha em uma atividade não muito “legal”, e a partir dali começou a desabafar coisas que, segundo sua esposa, que chegou logo depois, ele não contava a ninguém.

Relatou seus medos, suas angústias, suas noites em um ônibus sem dormir, cuidando a estrada e que tudo aquilo lhe fazia um mal terrível, pois quando chegava em casa, em um estresse imenso, batia até a cabeça na parede, de raiva de tudo e de todos, brigava com a mulher, com os filhos.

Neste momento, a esposa que estava ouvindo, relatou:

[...] tu sabe, minha filha, eu não estava agüentando mais, era um desespero total, esta vida que eu estava vivendo, pode ser que agora, depois de tudo que aconteceu, ele reflita e não faça mais as loucuras que vinha fazendo.

Procurei ouvi-los e tentava dizer algumas palavras, mas sentia que a necessidade de falar dos dois era tanta, que resolvi ficar ouvindo.

Eles conversaram, um se explicava ao outro e talvez só ali, naquele momento, eles disseram coisas que nunca tinham falado antes.

Algumas vezes, eu sentia a necessidade de dizer, ou até mesmo de conduzir aquela situação, mas pensei que “talvez” aquele momento fosse mais importante para os dois desabafarem. Passada mais ou menos uma hora, eu senti o quanto estava sendo útil para aquela família, por estar ali “conversando” com eles. Ele me disse as seguintes palavras: “tu nem sabe enfermeira, parece que saiu um peso do meu coração, de eu ter desabafado”.

Procurei, neste momento, mostrar a importância de conversar, deles se “abrirem” um com o outro e que, agora, lhe seria recomendado fazer alguma

atividade física. Sugerir que, à tardinha, saíssem a caminhar um pouco, aproveitando para conversar. Os dois acharam ótima a idéia e prometeram pensar na possibilidade de um ajudar ao outro, já que ela, há poucos meses atrás, teria tido um problema cerebral que não sabia dizer o que era.

Foi-lhe perguntado se tem outro problema de saúde associado, e ele relatou que tem muitas dores nas pernas devido às varizes. Então, aproveitei este momento para também orientá-lo.

O Coração Verde é um cliente que apresenta erros alimentares, costuma usar muito amido e muita gordura, come carne frita, carne de porco e não admite que a comida não seja bem temperada, “muito sal e muita banha”. Este foi o momento em que procurei junto à sua esposa e ao cliente, ver o que poderia ser feito para repadronizar o seu estilo de alimentação. Juntos, traçamos alguns reajustes na sua alimentação.

O Coração Verde nunca pratica atividade física e se sentia cansado ao subir escadas e quando caminhava. Foi sugerido que, a qualquer esforço, quando sentisse cansaço, parasse e descansasse, para mais tarde continuar novamente.

Este cliente acredita que a doença lhe trará alguns problemas até se adaptar ao seu novo estilo de vida e complementou, dizendo

[...] ficarei nervoso até aceitar as mudanças que terei que fazer, mas, após a conversa que tive com a senhora, procurarei me acalmar um pouco mais.

Diz que tentará ser mais paciente com a esposa e que irá procurar se acalmar para tratar sua família, pois sua esposa é a pessoa mais importante que ele tem, por isso vai se controlar, e pensa em mudar seu comportamento até em relação a atividade sexual, vai “tentar” ser mais compreensivo.

Neste momento, ele começou a falar e a perceber que há muitos anos não tiravam umas férias e que não saíam os dois para passear. Procurei mostrar a importância do descanso, até mesmo nos domingos, feriados e complementei com orientação em relação à qualidade de vida que queremos para nós.

Após mais ou menos duas horas e meia da interação com o cliente e familiar, procurei, aos poucos, ir lembrando o que tínhamos traçado juntos. E

quando me despedi, senti uma gratificação enorme diante das palavras que eles me disseram, propondo-se, inclusive, a viajar mais de 300 km para vir a Santa Maria conversar comigo.

c) Diagnóstico de Enfermagem do Coração Verde

Em relação ao padrão do processo vital, detectei em eventos passados no Coração Verde um grau acentuado de estresse, tensão, medo, angústias, insônia. Relatou ter dor nos membros inferiores devido as varizes, mas nunca procurou um profissional por este motivo. É fumante e sedentário e seus hábitos alimentares são a base de amido, fritura e carne muito gorda.

Em relação à repadronização do processo vital, as possibilidades de mudança no presente relacionam-se à sua demonstração de ter vontade de se adaptar a esta nova realidade, fazendo esforço para ter uma vida mais tranqüila.

d) Plano de ação/cuidados com o Coração Verde

Nesta fase, junto com o cliente e às pessoas que fazem parte do seu meio, traçamos metas com o objetivo de estabelecer probabilidades de mudanças para a aquisição da saúde.

Com ele, tentei direcionar o plano de enfermagem para promover a repadronização dinâmica do processo vital, visando ajudá-lo a diminuir o seu estresse emocional, sua tensão, seus medos, suas angústias, pois é uma pessoa que precisa muito de um acompanhamento por parte da enfermagem, porque é ansioso e extremamente nervoso. Procurei, no decorrer da prática, ouvi-lo muito, pois senti que no momento o que ele precisava era falar, coisas que, como disse sua esposa, ele não falava a ninguém.

Nossa interação durou mais de duas horas e quando terminou de falar, relatou que se sentiu aliviado naquela noite (domingo). Saí do hospital com a sensação de “dever” cumprido, me senti realmente importante para aquelas

peçoas, interagi imensamente com eles naquele momento. Nosso campo de energia, tanto o meu quanto do cliente obtiveram uma integridade absoluta na relação enfermeira-cliente.

Havia um comprometimento de ambas as partes no ambiente e eu tinha a certeza de que, a partir daquele momento, nada seria igual para aquela família, porque eles conseguiram “falar” o que até o momento não tinham dito um ao outro. Eu não precisei traçar metas, apenas concordar ou discordar de algumas coisas, guiar a conversa, não deixar que os dois perdessem a calma e, em alguns momentos, precisei mudar o “rumo” da conversa, mas juntos procuramos adaptar algumas mudanças ambientais, como por exemplo, tentar achar uma maneira de não viver esta vida tão cheia de inseguranças e angústias. Sua esposa sugeriu que se ficassem só com o “barzinho” que é deles, talvez fosse uma maneira de viver melhor, e o Coração Verde concordou em pensar em algumas propostas.

No decorrer da prática, detectei que o Coração Verde é bastante sedentário, e procurei junto a ele, ver a probabilidade de mudar seu estilo de vida, procurando junto à sua esposa sair a caminhar no final da tarde. Ele aceitou esta mudança ambiental.

O Coração Verde relatou ter “problemas de varizes” e foi orientado a não ficar muito tempo em pé e quando tiver oportunidade, elevar os membros inferiores e lembrado que a caminhada irá ativar a circulação e conseqüentemente a diminuir as dores.

Quanto à sua alimentação, costuma comer muito amido e muita gordura, pois, segundo ele, “a comida deve ser bem condimentada, bastante sal e muita banha”. Procurei orientar sua esposa sobre o malefício do sal e da gordura e conscientizá-lo que o colesterol é extremamente significativo para o aparecimento de um novo infarto. Eu, junto ao cliente e sua esposa, tentamos ajustar seu estilo de vida para que ele retorne às suas atividades o quanto antes possível e que não entre em conflito com as mudanças que terá que fazer.

4.4 Coração Azul

a) Encontro com o Coração Azul

O próprio médico cardiologista do paciente avisou-me que havia na unidade coronariana uma pessoa com o diagnóstico já definitivo de Infarto Agudo do Miocárdio. Fui até esta unidade, me apresentei ao Coração Azul, do sexo masculino, cor branca, casado, 56 anos, procedente de Santa Maria, advogado.

Quando expliquei os objetivos do trabalho, percebi que ele achou bastante interessante e prometeu ajudar no que precisasse. Expliquei-lhe que aquele só seria um primeiro encontro para que eu pudesse me apresentar e também conhecê-lo e que voltaria assim que ele estivesse no quarto.

b) Conhecendo melhor o Coração Azul

Este cliente só esteve internado antes por problemas digestivos. Sobre sua internação atual sabia o seu diagnóstico e acreditava que o que desencadeou o infarto foi o estresse do dia-a-dia, alimentação inadequada e a hipertensão. Relata que já fazia tratamento para a hipertensão, usava a medicação regularmente, mas que tinha uma vida bastante sedentária.

Fiz algumas orientações sobre a importância da atividade física e foi bem aceita pelo Coração Azul.

Pensava que o estresse, a hipertensão e a hereditariedade fossem fatores que contribuíram para o Infarto Agudo do Miocárdio, e que somados ao trabalho estressante, influenciou muito, pois relatou ter tido, nos últimos dias, “casos” no seu trabalho como advogado, bem particulares e de pessoas próximas, como a de seu irmão, que fez com que não conseguisse separar o lado familiar do profissional.

Quanto à preferência alimentar, referiu gostar muito de doce, comida muito condimentada, e que o sal é imprescindível para sua alimentação, mas que também come bastante frutas e legumes. Neste momento, orientei-o sobre os

malefícios do sal e o que pode acarretar para sua circulação.

Em relação à atividade física, diz que caminha muito pouco, que anos atrás caminhava mais, mas que foi perdendo o hábito de caminhar diariamente e que quando caminha um pouco mais, sente-se cansado.

No seu ambiente familiar vive com a esposa e suas duas filhas, em um ambiente tranquilo, não sendo esta a causa de seu infarto. Acredita que a sua doença não trará nenhum problema para seus familiares, só o cuidado que terão que ter em relação à sua alimentação.

Sua esposa participou, mantendo-se quieta, mas neste momento ela interferiu dizendo que, a partir de agora, mudaria sua maneira de cozinhar. Eu perguntei como ela mudaria e acrescentou que com “bem menos sal”. Confirmei a sua proposição e acrescentei para diminuir também a gordura e expliquei o malefício das placas de gordura “ateromas”, no nosso organismo. Quanto ao seu trabalho, acreditava que a doença traria alguns problemas sim, mas que a filha está fazendo Direito e que aos poucos irá passar para ela, alguns “casos”, ... “vou dar um tempo”, diz o Coração Azul.

Neste momento, suas duas irmãs chegaram ao quarto, e já estava sentindo-o ofegante e ansioso, por isso achei que era momento de parar e me despedi, e que, se precisassem de alguma orientação, poderiam me ligar, que teria o maior prazer em ajudá-los.

c) Diagnóstico de Enfermagem do Coração Azul

Em relação ao padrão do processo vital, detectei no Coração Azul, em eventos passados, o estresse do dia-a-dia, alimentação inadequada, principalmente o sal, o condimento e o doce em excesso. O sedentarismo é um fator que também contribuiu para o infarto. Observei-o ofegante e ansioso, e que apresenta bastante medo em relação ao prognóstico de sua doença, é hipertenso, mas usava a medicação diariamente como o médico orientou.

d) Plano de ação/cuidados com o Coração Azul

Nesta fase, junto com o cliente e às pessoas que fazem parte do seu meio, traçamos metas, com o objetivo de estabelecer probabilidades de mudanças para a aquisição da saúde.

O Coração Azul atribuiu o seu estado patológico, ou seja, o infarto agudo do miocárdio, ao estresse do dia-a-dia, alimentação inadequada (uso de muito sal, condimento e o doce em excesso), ao sedentarismo e também à hipertensão arterial.

No plano de ação que traçamos juntos, procurei direcionar para este cliente infartado a necessidade de estar tranquilo, mostrar que as coisas que irão ocorrer, independem de estar ou não estressado e perguntei a ele o que poderíamos traçar juntos para que amenizasse esta situação. Ele pensou e me respondeu: “[...] acho que preciso parar de assumir ‘casos’ como advogado que incomodam a minha vida particular”. Concordei com esta decisão tomada por ele e procurei mostrar o valor de outras coisas, como por exemplo, a vida.

Em relação ao padrão de alimentação, sua esposa, bastante esclarecida, frisou que iria mudar a sua maneira de cozinhar, iria ocorrer mudanças no seu ambiente e que prometia usar menos sal, poucos condimentos e o doce iria ser só no final de semana.

Quanto ao sedentarismo, demonstrei a necessidade de introduzir a atividade física aos poucos, como por exemplo, a caminhada, que não seria de imediato, mas aos poucos, conforme liberação de seu cardiologista.

Foram retomadas as medidas em relação ao uso diário da medicação anti-hipertensiva e vista a probabilidade da verificação da pressão pelo menos uma vez a cada dois dias, para ter um controle mais rigoroso deste sinal vital, já que mesmo usando a medicação a pressão arterial poderia subir. Também tentei direcionar para que procurasse o seu médico mais vezes, já que tem um plano de saúde que cobre este problema cardiovascular.

4.5 Avaliação da Prática Assistencial

Assim, partilhando da vida, mesmo que por alguns momentos de algumas pessoas com problema cardíaco, detectei que, muitas vezes, é preciso uma enfermidade do nível de um infarto agudo do miocárdio para as pessoas se conscientizarem que precisam mudar o seu estilo de vida, ou repadronizar o processo vital, como propõe Rogers.

A enfermeira é extremamente importante neste processo de repadronização de mudança, pois atua mais diretamente com o cliente infartado, disponibilizando um maior tempo possível para ouvir e dar atenção a este “doente”. Estas pessoas têm uma necessidade enorme de falar, de “desabafar” e de “colocar para fora”, como me disse o Coração Verde, que no momento que “falou”, muita coisa mudou na sua vida, porque teve a oportunidade de avaliar tudo o que vinha passando.

Foi nesse momento que me apoiei na teoria de Rogers, que propõe que o enfermeiro é indispensável na interação entre o campo humano e o ambiente, com o compromisso de buscar no conhecimento, palavras e estratégias que os leve à repadronização do processo vital e a instituir uma relação entre eventos passados e presentes.

Procurei, no decorrer da prática assistencial, reforçar junto com o cliente infartado, metas e probabilidades de mudanças que eles próprios sugeriram, apenas guiando-os e mostrando a maneira mais correta de proceder. Deixei que partissem “deles” as alterações que poderiam vir a fazer no seu meio ambiente.

As metas propostas relacionadas à teoria de Rogers foram aceitas pelos participantes, pois viram a possibilidade do processo de enfermagem ser flexível e humano e, relacionados a esta flexibilidade, fui direcionando e redirecionando padrões de comportamento do cliente infartado.

Em relação à percepção do cliente infartado sobre a sua doença, vejo que os pacientes envolvidos nesta prática atribuem o infarto a fatores como o estresse da sua vida cotidiana, à alimentação não “muito” saudável, à hipertensão arterial (por dois deles), controlada através da medicação, mas não tendo um acompanhamento pelo seu médico, ao sedentarismo e um refere a história

familiar. Mas todos mostram probabilidades de mudança imediatas em relação a estes fatores.

Analisando os quatro seres infartados com quem trabalhei na prática assistencial, em relação à visão do futuro, todos querem mudar, aprender a como agir corretamente, mesmo sabendo que no início seria muito difícil, mas pensam que não será impossível.

4.5.1 A realidade dos pacientes infartados

Minha percepção e interpretação em relação ao cliente infartado, frente ao primeiro episódio do infarto agudo do miocárdio, serão apresentadas em forma de uma síntese sobre o que os quatro clientes apresentaram em comum.

No momento em que fui trabalhando com eles, pude perceber que o estresse é um fator que contribui muito para que as pessoas venham a ter um infarto agudo do miocárdio. Nos dias de hoje, as dificuldades, os problemas enfrentados são muitos, e a pessoa que já tem uma predisposição a ter a doença, vem a desencadear sintomas.

Sendo o estresse um fator de risco para o desenvolvimento e progressão dos cardiopatas, qualquer coisa pode ser considerado estresse se ameaçar a integridade biológica, seja diretamente por propriedades físicas ou químicas, seja indiretamente por seu significado simbólico (ANDRADE e MARTINS, 1996).

Também constatei que a hipertensão arterial, quando não controlada periodicamente pode levar ao infarto, quando associada a outros fatores, assim como nos clientes infartados, Coração Azul, Coração Vermelho, Coração Amarelo, isso me leva a constatar que a pressão arterial nos clientes com hipertensão deve ser controlada periodicamente com seu médico cardiologista, havendo, muitas vezes, a necessidade de aumentar a dose, diminuir ou até trocar a medicação, se for o caso, como se encontra na literatura.

Outro fator importante, abordado com todos os clientes infartados, foi em relação à alimentação, pois todos comiam muito amido, gordura e alimentação com bastante tempero ou sal.

Quanto ao sedentarismo, só um cliente infartado praticava caminhadas regularmente, outro só atividades em relação ao seu trabalho na roça e dois, não faziam atividade física nenhuma.

Também pude constatar, na coleta e dados, a ânsia que os seres infartados têm de falar, eles precisam de alguém que lhes ouçam, e a enfermagem precisa dar esta assistência. Houve casos, por exemplo, que dispensei a eles mais de duas horas para ouvi-los.

4.5.2 Relação dos conceitos com a prática assistencial

No período da prática assistencial, estiveram presentes vários conceitos que fizeram parte do marco conceitual. Várias expressões citadas demonstram a aplicabilidade do marco conceitual (teoria) relacionado à prática.

Ao interagir com os seres infartados, sempre esteve presente a atuação da ENFERMAGEM, abordando conhecimento científico relacionado à prática e a preocupação com a pessoa unitária.

Para Rogers, a ENFERMAGEM é uma ciência que além de promover o cuidado também tem conhecimento para prever dinâmicas no processo vital de modo que pode eficientemente auxiliar no seu redirecionamento com vistas a potencializar a saúde através das mudanças de comportamento.

A SAÚDE sempre foi abordada no sentido de obtenção máxima do resultado, após a assistência. Interação é um componente para promoção da saúde, explícita nos encontros quando as pessoas revelavam o desejo de manter contato, pois o processo teve efetivo movimento de mudança, proporcionando aos seres infartados “um alívio”, como referiu o Coração Verde.

O CLIENTE INFARTADO foi o foco a todo instante, por ter sido ele quem exerceu o papel principal na minha prática, com vistas ao atendimento direto ao seu sofrimento e a ele como um todo, inclusive a sua vida social e afetiva.

Uma vez que a interação se refere a um agir de forma mútua, recíproca, a abordagem do problema foi mediada pelo processo comunicativo. As condições para que fosse possível esta interação inclui mostrar-se aberto, receptivo,

sintonizado, entendendo o que o cliente infartado vivencia em seu cotidiano e na situação presente da doença.

Portanto, a interação ocorreu entre enfermeira e o cliente infartado, pois foram construindo juntamente o processo de enfermagem, ambos liberando energia e informação para o ambiente e recebendo dele, em um processo de troca.

O conceito de CAMPO DE ENERGIA, a relação apareceu como campo humano (cliente infartado), sendo irreduzível e indivisível, e o campo ambiental, onde o cliente infartado está inserido e do qual faz parte. Ambos mudam constantemente, fazendo parte de um processo contínuo e aberto.

5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS – UMA REFERÊNCIA PARA A REPADRONIZAÇÃO DO PROCESSO VITAL

A compreensão do contexto no qual o cliente infartado vive, além das questões prática da sua vida e das suas relações, deve abordar as formas representativas do evento pelo qual a pessoa passa, a partir da imagem que ela faz desta situação. Por outro lado, as trocas que esta pessoa pode fazer com o meio ambiente, tanto material quanto simbólica, pode proporcionar mudanças significativas no estilo de vida, redirecionando o curso do processo vital, tal qual Rogers preconiza.

Na primeira parte desta proposta, relatei a assistência de enfermagem, abordando a teoria de Rogers, já que essa teoria enfoca diretamente o *ser humano* como ser único, que faz suas escolhas e que procura ter um padrão de vida adequado, buscando sempre repadronizar o seu processo vital.

O cliente infartado, como demonstrado a seguir, a partir do momento que passa por esta situação de doença e a partir do seu ambiente, procura um novo meio de se adaptar a esta nova realidade e, para isto, considera inúmeros elementos, entre os quais, a imagem ou representação que possui sobre o processo que vivencia.

O infarto agudo do miocárdio é uma doença da qual todos têm uma idéia, fazem uma imagem da situação que vivem pessoalmente ou com alguma outra pessoa próxima. Sendo assim, fui buscar entre os informantes (20) sua construção mental sobre esta doença, ou seja, a sua Representação Social, por meio da linguagem.

Moscovici (1981) aponta que, as representações são fenômenos ligados a

uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento adquirido. A linguagem faz parte desse processo.

Sendo assim, apliquei um instrumento de pesquisa cuja questão central foi entender *o que significa o infarto para o entrevistado* e o que eles fazem a partir do IAM. Uma interrogação foi a tônica durante a assistência prestada na primeira etapa deste trabalho, ou seja, o que mudou em sua vida após o IAM, como processo para repadronizar o curso da vida, com o objetivo de manter uma melhor condição de saúde e de vida mesmo após ter infartado.

Para uma maior compreensão da apresentação a seguir, é importante identificar os dois momentos que compõem este texto, ou seja, relatório de uma atividade assistencial e dados de entrevista. No primeiro momento, foi realizado o processo de enfermagem com base em conceitos de Martha Rogers, do qual surgiu a necessidade de identificar elementos das representações sociais sobre o infarto do miocárdio na fala dos próprios pacientes, o que se constituiu no segundo momento.

Após a coleta de dados e transcrição das entrevistas, passei ao trabalho de análise de conteúdo segundo o referencial de Bardin (1977), nas quais emergiram o quadro de categorias representacionais a partir das falas dos entrevistados.

Abordo, neste início de discussão, os dados de identificação dos pacientes infartados, grupo constituído de pessoas participantes na assistência e da entrevista. Ressalto que 100% dos clientes apresentam diagnóstico confirmado pelo cardiologista de infarto agudo do miocárdio.

Os clientes assistidos e entrevistados foram 20, sendo nove do sexo feminino e 11 masculino. A idade variou entre 47 a 77 anos, com uma média de 62 anos. Quanto ao estado civil, 14 eram casados, três viúvos(as) e três solteiros(as). E sua procedência, 90% são de Santa Maria, um de Formigueiro (cidade próxima) e um de São Gabriel.

As profissões foram variadas. Dentre elas: aposentado (10), motorista de caminhão (1), funcionário público (2), dona de casa (5), advogado (1), contador (1), vigilante (1).

Em relação ao grau de instrução desses pacientes, 12 entrevistados apresentavam 1º grau, cinco apresentavam 2º grau e três entrevistados

apresentavam 3º grau.

Outro dado importante que não posso deixar de citar é que estes clientes são de classe média e 17 dos entrevistados apresentam convênio, sendo Instituto Previdência do Estado (IPE) (9), Cooperativa Médica (Unimed) (8) e particular (3).

Quanto ao ano em que os pacientes apresentaram o infarto, no período de 1995-1999 foram 11, de 2000-2001 foram 6, de 1990-1994 foram 3; portanto, a doença para a maioria dos entrevistados é conhecida bastante recentemente.

Antes de abordar a questão das Representações Sociais, perguntei para os entrevistados quais os problemas que apresentavam antes do infarto, e eles destacaram história familiar (18), estresse (17), hipertensão (11), sedentarismo (10), fumo (9), obesidade (6), uso do álcool (5), colesterol elevado (3), diabete (3), drogas (1), contraceptivo oral (1), nenhum (1).

Também os questionei se os problemas acima contribuíram para o agravamento da doença, e 19 participantes responderam que sim e apenas um, respondeu não; em relação às questões, perguntei quais os fatores que contribuíram para o mesmo e assim ficaram as respostas: estresse (15), gordura (4), hereditariedade (4), fumo (3), preocupação (3), sal (2), hipertensão (2), nervosa (2), colesterol (1), agitação (1), não uso da medicação (1), sedentarismo (1), emocional (1), obesidade (1), alimentação (1).

Um dado que salta aos olhos, é que, de nove (9) mulheres que participaram, cinco (5) são donas de casa. Isto me leva a pensar que a enfermagem precisa considerar é que “estas mulheres que não fazem parte do sistema produtivo”, mas vivem situações de estresse, de sobrecargas, e que apresentam doenças degenerativas, tornando-se cada vez mais aceleradamente o aumento dos dados epidemiológicos do infarto.

QUADRO 1 – Representação Social sobre o infarto agudo do miocárdio.

Categorias	Sub-categorias
1. Mudança no estilo de vida	1. Alimentação 2. Cuidado de si 3. Sono 4. Limitações 5. Relação com a família 6. Readaptação
2. A doença como é percebida	1. Medo da recidiva 2. Fatores desencadeantes 3. Medo da morte 4. Relação com outras doenças 5. Projeção em outras pessoas 6. Negação do infarto 7. Não aceitação da doença 8. Crenças e a doença 9. Sensibilidade
3. A doença como é falada	
4. Informação sobre a doença	

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Também lhes foi perguntado se tinham problemas de saúde associados, sendo que 10, responderam que sim e 10, responderam que não, e entre as doenças citadas apareceram asma, hérnia inguinal, hérnia de hiato, problemas nas articulações, diabete (3), osteoporose, AVC, hérnia de disco, trombose do Membro Inferior Esquerdo, úlcera péptica.

O quadro obtido com o agrupamento das imagens que constituíram o modo peculiar deste grupo entender e falar sobre o infarto originou o Quadro das Categorias, apresentado acima. Pode-se observar que as falas compuseram quatro categorias, e que para as duas primeiras, foi necessário subdividi-las em subcategorias.

Passo a relatar em continuação, dados significativos relacionados com a representação (imagem significativa) da doença desde que ela faz parte da vida das pessoas entrevistadas e assistidas. Os dados foram agrupados de acordo com a semelhança da informação, de modo a formarem categorias que mostram a estrutura referencial sobre o tema.

5.1 CATEGORIA 1 – Mudança no estilo de vida

Esta categoria compõe-se de mudança no estilo de vida dos clientes infartados, eles enfocam que a alimentação, cuidado de si, sono e as limitações são algumas mudanças que deveriam ter que repadronizar.

Gostaria de explicar que algumas sub-categorias podem ser agrupadas, como por exemplo alimentação, sono e limitações na sub-categoria cuidado de si, mas apesar delas se inter-relacionarem, elas foram tratadas separadamente porque os clientes mencionaram o cuidado de si, como uma preocupação consigo, sem relacionarem com estes aspectos fisiológicos, mas sim como algo que precisam fazer, como uma nova atitude para obter melhor qualidade de vida.

5.1.1 Sub-Categoria 1 – ALIMENTAÇÃO

Este tema foi abordado com freqüência, denotando a importância que o mesmo passou a ter quando relacionado ao seu infarto.

O cliente que passa pelo processo ou vivência do infarto agudo do miocárdio, deve ter algumas mudanças em relação ao estilo de vida, e o que mais ocorre como um componente da mudança é alimentação. Em geral, a pessoa sabe que deve mudar, mas pode ser difícil para alguns, como se pode deduzir do depoimento a seguir.

A alimentação se torna difícil controlar, porque passo nas estradas e é difícil escolher, fico preocupado, mas como igual (E₂).

Na fala anterior, o fator alimentação “pesa” nas mudanças às quais os infartados têm que enfrentar para se adaptarem à sua nova situação. A cultura do “gaúcho” inclui predisposição a se alimentar à base de carnes gordurosas e dificilmente consegue seguir as orientações do profissional médico, enfermeira ou equipe de enfermagem.

Nove pacientes dentre os entrevistados apontam a retirada da gordura na

alimentação como algo que necessitam fazer, e, pelas suas falas, sugerem que sabem que ela é um fator associado ao infarto. Para Kamel e Kamel (1996, p. 83),

[...] a orientação alimentar para paciente cardíaco deve começar o mais cedo possível, para esta dieta trazer real benefícios. Em linhas gerais deve-se evitar manteiga, *bacon*, carne de porco, lingüiça, salsicha, gordura de coco, banha, gema de ovo, açúcar em excesso, doces em geral, queijos gordos e as frituras.

Dessa maneira, apareceram, como é demonstrado no Quadro 2, as mudanças que os clientes passaram a fazer.

QUADRO 2 – Alimentação.

Registro	Freqüência
Controle das gorduras	9
Passou a comer frutas e legumes	3
Procura controlar a alimentação	3
Evitou o doce	2
Deixou de comer feijão por causa dos grãos	1
Não consegue controlar a alimentação	1
Medo de comer	1
Total	20

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Este mesmo autor também aponta que as pessoas jovens que se alimentam à base de amido e gorduras têm uma maior suscetibilidade a apresentar um distúrbio metabólico, podendo aparecer distúrbios dos açúcares e das gorduras no sangue e, assim, o enfarto do miocárdio.

Deve haver uma conscientização do cliente infartado para reconhecer que as altas taxas de colesterol vêm afetando a população e não se expor a este risco.

Existem várias campanhas de prevenção para conscientização da população em relação ao colesterol, que enfocam que os problemas advindos das

altas taxas de colesterol não escolhem o corpo, não escolhem a vítima, mas estas podem optar por ações de prevenção e recorrer aos tratamentos indicados (Sociedade Brasileira de Cardiologia FUNCOR – Campanha Educativa).

Em relação à conscientização, alguns entrevistados apontam que estão procurando mudar e reforçam a mudança em relação a outro tipo de alimentação, como se pode inferir dos depoimentos.

Os alimentos orientados pelo cardiologista para estes pacientes são à base de frutas, carne magra (galinha, peixe, vaca), verduras, legumes, leite desnatado, queijo magro, óleos vegetais (milho, algodão, soja, arroz ou girassol) e pães, de preferência de glúten, e também a eles é orientado para que façam restrição de gorduras animais e enriqueçam a dieta em gorduras vegetais.

Em relação a não comer doce, como citam dois entrevistados (E₅ e E₁₉), avaliei suas fichas, as quais tinha acesso e observei que apresentam alta taxa de triglicerídios, vindo a acarretar uma predisposição a alterações vasculares, daí a necessidade de restrição de açúcares para evitar seu armazenamento na forma de gordura.

A estes, também foi orientado que, após o infarto, deverão perder peso, daí o motivo de citarem que têm que diminuir a alimentação, como ilustrado abaixo:

Tenho que emagrecer, mas não estou conseguindo, acho que é falta de vontade de parar de comer as coisas que me dão prazer (E₁₆).

Além de os açúcares induzirem o aumento das gorduras, algumas pessoas têm a hiperlipidemia associada ao infarto, como nos casos de clientes obesos, nos diabéticos e a estes, é recomendada a redução de açúcares, ou seja, dos glicerídios na dieta, a perda de peso e, em alguns casos, medicações associadas, com a finalidade de prevenir a formação de gordura a partir dos açúcares. Esta recomendação feita aos clientes arterioescleróticos, tem a finalidade de prevenir um novo infarto, levando o cliente a ter uma vida mais saudável e mais longe e livre das gorduras.

Confirmando este estudo, Dantas e Aguiar (1998) buscaram levantar aspectos em relação ao estilo de vida dos indivíduos, que caracterizam riscos

autocriados e o primeiro dado levantado foi referente aos hábitos alimentares. A dieta é um dos principais fatores de estilo de vida associado ao aparecimento de doença isquêmica cardíaca, dado que apareceu também neste estudo

Desta forma, de acordo com as recomendações atuais, a orientação nutricional com ênfase à substituição do colesterol e gordura saturada pela poliinsaturada e principalmente monoinsaturada representa o caminho certo para a prevenção das doenças cardiovasculares.

5.1.2 Sub-Categoria 2 – CUIDADO DE SI

Nesta sub-categoria há dados que emergiram para muitos clientes infartados, o que denota a sua importância.

QUADRO 3 – Cuidado de si.

Registro	Freqüência
Cuidado com a vida	3
Não levanta peso	2
Cuidados que está sendo difícil de fazer	2
Risco de vida leva a cuidar-se	1
Não fica longe do recurso	1
Emagrecimento	1
Tem uma vida mais tranqüila	1
Relação do cuidado com a enfermagem	1
Não trabalha mais	1
Controle da medicação	1
Evita o estresse	1
Abandonou a caminhada	1
Total	16

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Nos registros referentes ao cuidado de si, evidencia-se que um número significativo de entrevistados apontam que a partir do infarto passaram a se cuidar mais, certamente por trazerem na memória imagens que criaram, ou seja, de que a partir do momento que aprenderem a se cuidar, a qualidade de vida melhorará.

Segundo Oliveira (1997, p. 105),

[...] as representações sociais são teorias que abordam saberes populares, e do senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real. Por serem dinâmicas, levam os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio, ações que sem dúvida, modificam os dois [...].

Foi o que se pôde perceber nas falas dos entrevistados. Para estes clientes infartados, desde que começaram a enfrentar a realidade, aprendendo mais sobre si e sobre sua doença, começaram a desenvolver a capacidade de mudar seus comportamentos, seja por estímulo da perspectiva de manterem uma existência com qualidade, seja por receio de terem recidivas.

Os três entrevistados que apontam o cuidado com a vida, referem-se provavelmente também a mudanças em relação ao seu comportamento, que precisam adaptar frente à realidade da doença.

Já dois entrevistados citaram como um cuidado que estão tendo consigo, “o de não levantar peso”, por acreditarem que o esforço pode levar à dor e, conseqüentemente, a outro infarto, como declaram em seus depoimentos.

Os clientes infartados acreditam que a doença traz risco de vida e é comum acontecer de passarem por estes processos de mudança a partir de uma maior conscientização e cuidado maior consigo, repadronizando o seu processo vital.

Chamou-me atenção, no depoimento do entrevistado E₉, a seguinte fala:

Hoje sou uma pessoa que não vou a algum lugar que possa ficar longe do recurso.

Em outra de suas falas, coloca que não tem medo da doença, mas ao mesmo tempo, não vai a nenhum lugar que possa afastá-lo do recurso. Será que realmente ele não tem medo? Enquanto ele ia falando, eu me perguntava até que ponto esta pessoa não está deixando predominar a imagem “machista”, em que ele tem que ser forte, ou pelo menos tentar passar essa imagem. Ainda é

bastante presente em nossa cultura gaúcha esta idéia de que o homem tem que ser forte, e os clientes acabam não demonstrando o que realmente sentem.

Um dos entrevistados fez relação ao cuidado recebido da enfermagem, dizendo o seguinte:

[...] quem cuida é muito importante, mas a gentileza da equipe de enfermagem me atendeu muito bem. O atendimento tem que ser dedicado, desde a entrada do hospital até a saída (E₁₄).

Quando este entrevistado falou da enfermagem, eu me questionei em relação ao fato dos outros não terem mencionado estes profissionais, já que a equipe de enfermagem foi presente para todos os clientes que passaram pelo hospital, quando tinham por objetivo, além de a melhora em seu quadro de saúde, aprender a se cuidarem mais, ao terem descoberto que sua doença tinha relação direta com seu estilo de vida.

Por outro lado, enquanto 13 dos entrevistados estão se cuidando mais, dois deles relatam que está sendo difícil se cuidarem, como se percebe na seguinte fala:

O infarto é uma enfermidade como qualquer outra, que requer uma série de cuidados que estou tentando fazer, mas que está difícil (E₁₈).

Quando para um dos clientes infartados, coloca que abandonou a caminhada, questiono sobre sua conscientização a respeito da doença e que o cuidado é importante para evitar a ocorrência de um outro infarto?

5.1.3 Sub-Categoria 3 – SONO

Percebe-se, pelo quadro a seguir, que o sono é um fator que não interfere na tranquilidade dos clientes infartados.

QUADRO 4 – Sono.

Registro	Freqüência
Dorme bem	4
Dificuldade para dormir pelo infarto	3
Dificuldade para dormir, por outros problemas	2
Quando está preocupada não dorme	1
Com o tempo passou a dormir melhor	1
Total	11

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

No aspecto sono, fica evidente nos depoimentos de quatro clientes infartados que não parecem ter problemas em relação ao sono. Eles enfatizam que não apresentam dificuldades para dormir e, conforme os relatos, pode-se perceber que eles se preocupam com a doença, mas não chegam a deixar que interfira no seu repouso.

Dois entrevistados apontam que têm dificuldades para dormir por outros problemas, ficando explícito pelas suas falas que é por outra causa, ou seja, problemas familiares.

Parece não ser uma preocupação tão significativa o não dormir devido à doença, porque apenas três dos pacientes infartados relataram este problema.

No decorrer das entrevistas, surpreendi-me com o fato de que nenhum cliente entrevistado apontou o medo de morrer dormindo, já que, em algumas literaturas este sentimento aparece como uma preocupação constante do cliente cardíaco. Em meu trabalho, entre os onze clientes que abordaram o sono, não apontaram esta preocupação, acredito eu, porque não seja uma representação para estes clientes envolvidos nesta pesquisa.

5.1.4 Sub-Categoria 4 – LIMITAÇÕES

QUADRO 5 – Limitações.

Registro	Freqüência
Trabalho	8
Limitação restrita	2
Limitação física	1
Leva a depressão	1
No início apresentou limitações, mas com o tempo foi superado	1
Caminhar	1
Total	14

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Observa-se, no Quadro 5, que as limitações são marcantes para os infartados, já que 14 dos entrevistados as apontaram, tanto em relação ao trabalho, como em relação à aptidão física. Mesmo assim, um deles aponta que no início sentiu restrições, mas com o tempo foi superando. Aqui se pode perceber outra vez a idéia de ‘tocar a vida’, recuperando o que foi perdido, ou pelo menos, buscando novas maneiras de viver.

No início apresentei limitações, mas com o tempo fui superando (E₁₅).

Verifica-se que oito dos entrevistados citaram a limitação no trabalho. Nos dias de hoje, o trabalho parece ocupar um lugar fundamental para todos, de modo que este dado preocupa, porque provavelmente estes clientes “precisam” trabalhar, pois muitos deles são os que mantêm a família.

Neste âmbito, a enfermeira não tem demonstrado habilidade em construir alternativas para os clientes de um modo geral, quando estes necessitam mudar de ocupação para uma outra menos estressante, fator que acredito ser muito importante incluir na assistência de enfermagem.

Após as entrevistas, e quando era discutido este tipo de assunto em

relação ao trabalho, senti que no mundo em que vivemos, as pessoas não podem “adoecer”, porque, se eles tiverem que parar de trabalhar, provocarão desajustes familiares em função da queda na renda, o que acabaria até mesmo prejudicando seus relacionamentos familiares, muitas vezes sendo determinante para uma nova ocorrência de infarto.

Assim, este tema torna-se relevante e delicado, exigindo uma nova competência da enfermagem, de modo que possa ajudar na repadronização. Ainda pensando na limitação em relação ao trabalho, fui buscar nas entrevistas se o maior número de pessoas que abordaram este item foi de homens ou mulheres, e pude constatar que são os homens (número de 10) que mais se preocupam com suas limitações.

5.1.5 Sub-Categoria 5 – A FAMÍLIA E A DOENÇA

A família é o núcleo do doente, havendo uma referência direta às pessoas com quem o cliente infartado convive.

Esta categoria parece ser um tema que, para os clientes infartados, ocupa razoavelmente a representação social, ou seja, na sua vida cotidiana, a doença estabeleceu mudanças na sua relação com a família, de modo que 17 dos 20 entrevistados relacionaram, de alguma forma, tanto positivamente, como negativamente, aspectos de sua vida com sua família, ligando-o ao aparecimento da doença.

Dois dos entrevistados colocam que está tudo bem com o esposo e com os filhos, mostrando um aspecto positivo da relação com a família.

Em relação a relações sexuais, dois entrevistados relatam que, a partir do infarto, diminuíram as relações sexuais. Em um estudo realizado por Vacanti (2000), foi constatado que os fatores que mais interferiram na atividade sexual do cliente infartado foram os psicológicos, como estresse, ansiedade, depressão e a idade.

Dois participantes também apontam a preocupação com a família, o que os leva a não se cuidarem mais. Percebi, nesta pesquisa, que a família quando não

estruturada e quando tem outros problemas, pode ser relacionada com a dificuldade do cliente infartado tentar superar e contornar problemas. Sua imagem inclui ter que se “livrar” das preocupações, das angústias e dos momentos difíceis.

Verifica-se, no Quadro 6, a preocupação em relação à família dos clientes infartados, de certo modo aparecendo como uma informação mais geral, sem elementos que possam ser estabelecidos como algo que perturba sobremaneira, a ponto de causar estresse e produzir uma piora no quadro que já apresenta.

QUADRO 6 – Relacionamento com a família.

Registro	Freqüência
Bem com a esposa, filhos	2
Diminuição das relações sexuais	2
Preocupação da família	2
Não tenho ninguém	1
Restrição no período da doença	1
Apresenta cansaço, quando nervosa nas relações sexuais	1
Nada mudou	1
Guarda os sentimentos	1
Saudades da perda de um filho	1
Momentos difíceis	1
Incômodo com o esposo	1
Mudança para melhorar no relacionamento	1
Falta de ter com quem conversar	1
Preocupação com a mãe doente	1
Total	17

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Cintra (2000) aborda que a família deve cumprir o seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo cliente, e que ela (família) também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais com uma conversa esclarecedora sempre que necessário.

Souza e Pierin (2002) enfatizam que podem surgir alterações na relação com cônjuge e familiares, e que a participação da família promovendo condições para o autocuidado, auxilia o cliente.

5.1.6 Sub-Categoria 6 – READAPTAÇÃO

Os 11 clientes entrevistados parecem estar conscientes de que algumas mudanças teriam que ser feitas o quanto antes, para voltarem a ter uma vida ativa, por um maior tempo possível.

Esta readaptação deve ser uma preocupação para os enfermeiros na orientação, e surpreendeu que apenas um cliente tenha falado sobre a caminhada, já que é uma das orientações que recebe o cliente após o infarto, como observa-se no Quadro 7.

QUADRO 7 – Readaptação.

Registro	Freqüência
Procura caminhar	1
Mudança no início	1
Precisa estar mais tranqüilo	1
Não deixa de fazer as coisas	1
Muita mudança	1
Não fica longe do recurso	1
Superação da doença	1
Parar de fumar	1
Controle sempre	1
Sempre se têm problemas	1
Atenção com a doença	1
Total	11

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Em geral, no momento que ele conseguir, é estimulado a começar a

caminhar, sempre observando a repercussão do infarto.

Há 20 ou 30 anos atrás, recomendava-se repouso absoluto até três semanas após o IAM, baseado no pressuposto que o repouso facilitaria o processo de cicatrização do miocárdio, porém nos últimos anos, observou-se que o repouso prolongado na cama, resultava em efeitos como redução da capacidade funcional, redução do rendimento cardíaco, redução da volemia, redução da massa muscular, predisposição ao tromboembolismo pulmonar e, principalmente, o aumento da depressão e da ansiedade. Por estes motivos, ficou comprovado que a atividade física traz vantagens ao cliente infartado.

Parece-me, pela tabela acima, que problemas subjetivos permanecem sendo uma barreira para a reabilitação.

Um dos clientes pós-infarto relata que parou de fumar. A cessação do fumo neste período é imprescindível para diminuir o risco de mortalidade.

O que o cliente infartado precisa ser orientado a não dizer que “sempre se tem problemas” e em razão disto, pensar que não há necessidade de avaliar sua vida antes do infarto, para procurar aí, talvez, fatores que aceleraram o processo de adoecimento.

Por outro lado, a reabilitação após o infarto não se limita a programas formais e sofisticados, mas a uma mudança no estilo de vida, que pode abranger e controlar os fatores de risco, havendo necessidade de disciplina e bom senso.

Vários fatores exercem influência na readaptação ao tratamento. Podem ser relacionados ao cliente, à doença, ao tratamento, aos aspectos organizacionais de sua vida, ao relacionamento com sua família e também às características relacionadas ao próprio cliente como ocupação, estado civil, escolaridade, hábitos de vida, aspectos culturais, crenças, sexo, idade, etc.

5.2 CATEGORIA 2 – A doença como é percebida

Nesta categoria os clientes apontam a sua representação relacionado ao processo evolutivo da doença.

5.2.1 Sub-Categoria 1 – MEDO DA RECIDIVA

Como se observa no Quadro 8, há uma preocupação com a recidiva da doença, mas não como algo prioritário, a ponto de fazê-los redirecionar substancialmente seu curso no processo vital.

QUADRO 8 – Medo da recidiva.

Registro	Freqüência
Preocupação em ter novamente a doença	6
Após 10 anos a recidiva	1
Acompanhamento com o cardiologista por medo da recidiva	1
Informação sobre a doença aumentou o medo da recidiva	1
Total	9

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Nesta sub-categoria, Medo da Recidiva (Quadro 8), enfatizam os clientes infartados que, na sua representação social, têm medo de um novo episódio do infarto. Nove clientes infartados citam o medo e a preocupação com este assunto, ou seja, de ter novamente a doença.

É comum que a memória seja a tal ponto negativa, que só em pensarem sobre a recidiva, volte o medo.

Silva e Damasceno (1999) enfocam que os clientes, na medida em que temem o retorno dos sintomas agudos da doença, prendem-se à tagarelice e ao passado. Lendo este trabalho, eu identifiquei, em muitos momentos, uma certa 'tagarelice' em relação ao medo da recidiva, levando-me a pensar que, para estes clientes, esta atitude faria com que esquecessem da doença.

Mas, nas entrevistas, não pude perceber este sinal de ansiedade, como destaca esta autora, ao contrário, muitas vezes eu sentia que eles preferiam deixar nas entrelinhas seus pensamentos mais secretos de medo ou ansiedade.

Chamou-me a atenção um dos entrevistados ao mencionar que, no

momento em que passou a informar-se sobre a doença, “apavorou-se”, levando-me a lembrar uma frase ouvida muitas vezes, “tem momentos que é melhor não ter conhecimento, ou não saber nada da doença que se está vivendo”. Percebi, neste momento que, para um cliente infartado em particular, a informação, ao invés de ser um fator positivo, foi muito negativo, conforme ele relata.

[...] no dicionário de medicina que é o infarto, e fui ler, eu gosto muito da leitura, mas algo me dizia que eu tinha que me informar sobre a doença e fui procurar, quando li e me informei, me apavorei [...] mas guardei o que dizia no final. “É uma patologia que pode se repetir após dois anos, cinco anos, 10 anos, 20 anos”, eu pensei, bom após 20 anos, eu não vou viver, se acontecer é após dois anos, e isto me assustou, quando li aquilo me aumentou o medo de morrer (E₁₆).

Com este relato, fiquei preocupada, de início, pensando sobre até que ponto a enfermagem deve orientar tudo o que sabe para os clientes que estão vivendo esta situação, mas, ao mesmo tempo, coloquei-me no lugar deles, sem conhecimento nenhum, e pensei se eu gostaria de saber o que acontecia comigo, e continuo a defender a idéia de que todos têm direito de saber a verdade, de modo que os profissionais da saúde não têm o direito de esconder. Nos dias de hoje, com livros esclarecendo detalhadamente as doenças, a internet de fácil acesso a todos e assim por diante, todos podem informar-se por si mesmos, de modo que poderá ser um excelente modo de criar vínculos terapêuticos falar sobre a doença e sobre os modos de repadronizar o estilo de vida, objetivando melhor qualidade de vida.

Sendo assim, acredito que é melhor ser orientado por um profissional da área do que ir buscar esta informação em outros meios, muitas vezes interpretando a sua maneira, com risco de uma compreensão inadequada.

5.2.2 Sub-Categoria 2 – FATORES DESENCADEANTES

Neste Quadro 9, os clientes apontam os fatores que eles acreditam ter desencadeado o infarto agudo do miocárdio e, neste caso, mais pontualmente,

houve três menções a problemas com a família.

QUADRO 9 – Fatores desencadeantes.

Registro	Freqüência
Preocupação com familiar	3
Preocupação financeira	1
Não uso das medicações	1
Vida desregrada quanto às rotinas diárias	1
Obesidade	1
Estresse	1
Hipertensão	1
Alto consumo de cafeína	1
Alto consumo de nicotina	1
Falta de ar	1
Total	12

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Os fatores desencadeantes do infarto parecem ter, para os entrevistados, uma representação bastante significativa, já que 12 apontaram uma possível causa para o seu infarto. Destes, três entrevistados relacionam uma preocupação com familiar como motivo da doença. Esta preocupação mencionada por eles tem relação com a situação vivida pela família ou com os problemas enfrentados no dia-a-dia, especialmente o convívio familiar.

Por exemplo E_1 relata que cuidou de seu esposo quatro anos, após “derrame”, e acredita que por este motivo ela veio a infartar. Já, E_2 aponta que o seu infarto se deu também pela preocupação com sua mãe doente, e outra entrevistada também enfoca que o seu infarto foi após o seu marido adoecer, que ficou nervosa, porque ele teve derrame e já tinha uma vida cheia de problemas.

Um fator que apareceu mencionado apenas por um entrevistado é o sócio-econômico, porém se fosse abordado diretamente, presumo que iria aparecer mais, porque no decorrer da interação com os clientes infartados, eles indiretamente mencionaram esta questão.

Azevedo (1998) enfoca que a doença coronariana está relacionada com a

crise sócio-econômica do país, gerando tensão e ansiedade nas pessoas, pela falta de condições para o atendimento das suas necessidades de subsistência.

Outros dados que apareceram uma vez só citados, mas que são significativos para esta pesquisa, referem-se ao não uso das medicações, por não gostar de tomar remédios químicos, como refere E₁₂. A obesidade e o estresse, embora citados apenas por um dos entrevistados, acredito ser um fator muito importante. É provável que não tenham sido citados devido ao fato de não serem obesos, ou por não saberem discriminar em si próprios um estado de estresse ou ansiedade.

A hipertensão também foi citada por um dos entrevistados, mas pude perceber que, embora alguns dos clientes infartados atribuíssem o infarto a outros fatores desencadeantes, o não uso da medicação e a alteração da pressão arterial, “poderiam ter levado ao infarto”.

Os entrevistados também não citaram o fumo, assim como outros fatores, e isto pode ter ocorrido por vários motivos, entre eles, o fato de não terem este hábito, por não se aperceberem que podem ter sido fumantes involuntários ao inalarem a fumaça do cigarro ao seu redor, ou ainda por não admitirem ser este componente um elemento importante na determinação da doença. Em todo o caso, o fato de haver menção na literatura, me leva a pensar que deveria ter levantado esta questão durante a entrevista.

Na minha percepção, quando os clientes infartados atribuem a sua doença a algum fator desencadeante, estão tentando justificar o porquê de estarem doentes, enquanto que na realidade, muitas vezes, houve uma soma de fatores que o levaram à doença coronariana.

No entanto, ao trazerem na memória representações construídas e compartilhadas por outras pessoas, muitas vezes falam de coisas já aprendidas ou vivenciadas anteriormente, caracterizando uma apreensão toda própria do processo de adoecer e de ‘tocar a vida’ após o infarto.

5.2.3 Sub-Categoria 3 – MEDO DA MORTE

QUADRO 10 – Medo da morte.

Registro	Freqüência
Dor desesperada	1
Infarto fulminante	1
Medo de fechar os olhos e não abrir	1
À noite, tem medo de morrer	1
Medo da morte	1
A informação aumentou o medo	1
Medo de não chegar ao hospital	1
Total	7

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Como se observa no Quadro 10, sete dos clientes entrevistados referenciaram direta ou indiretamente o medo de morrer. Por exemplo, um dos entrevistados refere que tem medo de fechar os olhos e não abrir mais.

A morte é vista por estas pessoas como algo terrível, de tal modo que têm medo até de pensar nela. Por um momento, tentei ponderar um pouco sobre o que é a morte para eles e como lidar com ela.

Mas senti que não estavam preparados para falar sobre este assunto. Também percebi que os entrevistados que abordaram a palavra morte, ou medo de morrer, foram aqueles que realmente não estão preparados para morrer.

Todo o cliente infartado sente e sofre medo do desconhecido, ou seja, a situação nova que está vivendo e, mais ainda, quando se defronta com a possibilidade da morte. Para Alves (1991), para recuperar a sabedoria de viver, devíamos nos tornar discípulos da morte e não inimigos.

Bub *et al.* (1991) relatam um estudo com clientes cardíacos e apontam que a morte e a cirurgia foram o que mais prevaleceu (60%) como causadora de medo nos clientes entrevistados.

Já, em minha pesquisa, a representação dos entrevistados em relação ao medo da morte atingiu 40%, o que é significativo para a enfermagem, pois teremos, também, que aprender a tratar deste tema com maior naturalidade, não

como algo iminente, assolador e irremediável, mas como algo que pode ser considerado como possibilidade, especialmente se não houver empenho para mudanças necessárias à repadronização do processo vital, de modo a redirecioná-lo.

5.2.4 Sub-Categoria 4 – RELAÇÃO COM OUTRAS DOENÇAS

Moscovici (1981) considera que as RS são fenômenos ligados a uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento adquirido. Sendo assim, neste quadro que aborda a relação com outras doenças, pode-se perceber que, dos 20 entrevistados, somente quatro fizeram relação com outras doenças e, talvez pela desinformação, atribuíram seus sintomas a outros problemas como doença do fígado, hipotensão, coluna, ou seja, não tinham conhecimento sobre a doença, desconhecendo totalmente os sintomas do IAM.

Desta maneira, no Quadro 11 aparece a relação que o cliente fez com outras doenças numa relação muito pequena para que se possa fazer alguma inferência significativa. Mas justamente a ausência de relação pode ser um indício de desinformação, como já mencionado acima.

QUADRO 11 – Relação com outras doenças.

Registro	Freqüência
Doença do fígado	1
Coluna	1
Devido ao ar condicionado, achava que era resfriado	1
Hipotensão	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Parece não ser de grande importância na formação representacional para a maioria dos entrevistados, porque dezesseis não fizeram referência nenhuma em

relação a outras doenças.

Por outro lado, o problema do infarto pode ser tão mais presente e atual que outros problemas ficam em segundo plano.

Muitas vezes, o silêncio em relação à doença acredito ser sentimento de culpa pelos maus hábitos que o cliente mantinha antes do evento, e que predisponha a esta patologia, como por exemplo o uso de fumo, o não controle da pressão, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e outros.

5.2.5 Sub-Categoria 5 – PROJEÇÃO EM OUTRAS PESSOAS

No Quadro 12, apresento a projeção da doença que os clientes infartados fazem em outras pessoas, como que a designar como doente outra pessoa, sem definir-se como tal. Pode também indicar uma necessidade não explícita de receber atenção, reafirmando algo como ‘tenho problemas, embora faça de conta que não tenho’.

QUADRO 12 – Projeção em outras pessoas.

Registro	Freqüência
Nos outros se assusta	1
Nos outros é grave	1
Pena de quem infarta	1
Poderia acontecer com os outros não com ele	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Emergiu esta sub-categoria, dentro da categoria Relação com Outras Doenças, na qual quatro entrevistados projetaram o infarto em outras pessoas, comentando que nos outros parecia ser mais grave a doença do que neles próprios. Na minha percepção, esta referência que foi feita aos outros e não a eles, parece mais ser uma fuga e uma maneira de se distanciarem um pouco

mais da situação vivida do que realmente eles acreditam. Uma das entrevistadas referiu ter pena de quem infarta, o que me leva a pensar que ela poderia estar referindo-se a si mesma.

5.2.6 Sub-Categoria 6 – NEGAÇÃO DA DOENÇA

No Quadro 13, quatro clientes infartados negavam o infarto, como evidenciam a seguir, os registros.

QUADRO 13 – Negação do infarto.

Registro	Freqüência
Nega até hoje	1
Pensava que não era nada	1
Início negava a doença	1
Por que está acontecendo comigo	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Apenas quatro dos clientes entrevistados expressaram a negação. Existem duas formas principais de negação: a primeira é a negação do fato, ou seja, o cliente que não reconhece que sofreu o infarto, como na fala de E₄, que pensava que não era nada, e a segunda, é a negação da significação, quando o cliente tenta minimizar o evento, o que não foi mencionado por nenhum dos entrevistados. Estas duas formas de negação representam reações comuns dos clientes à realidade que trouxe a doença.

Segundo Abbagnano (1999), negação é um ato de contestação (de recusa, repúdio) de uma representação ou idéia. Muitas vezes, sentimos a negação não apenas pelas palavras, como no caso destes entrevistados, mas foram evidenciados pelos seus gestos, pelos seus sintomas, pelo seu rosto, ou também por suas reações.

Acredito que a RS desses clientes em relação à negação sejam bem

significativas, devido à situação que estão vivendo. Penso que os clientes com infarto agudo do miocárdio negam, com freqüência, seus sentimentos em uma tentativa de se ajustarem ao estresse emocional que podem vir a passar.

5.2.7 Sub-Categoria 7 – CRENÇAS E DOENÇA

Esta categoria refere-se às crenças abordadas pelos clientes infartados no momento de dificuldades. É interessante observar que não foi muito forte a associação de sua doença com crenças, denotando que a RS construída exclui, de certa forma esta relação.

No Quadro 14, observa-se a relação que o cliente infartado faz com as crenças e a doença, embora não seja uma formação imaginal significativa, em termos do conjunto dos participantes. Porém, em pesquisas qualitativas, corre-se o risco de obter informações cujo conteúdo tenha referência com uma situação do momento, de modo que a enfermeira deve considerar sempre uma conversa sobre crenças, permitindo ao paciente manifestar-se sobre o assunto.

QUADRO 14 – Crenças e doença.

Registro	Freqüência
Crença em relação a religião	2
Deus acima de tudo	1
Provas que temos que passar	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

No Quadro 14, apenas quatro entrevistados abordaram crenças em relação à doença. Assim, não faz parte da RS para os infartados alguma crença especialmente forte em decorrência da doença. Porém, a realidade no hospital é outra, pois a maioria dos clientes, em horas difíceis, se apegam a alguma crença.

Percebo isso nas cabeceiras das camas, onde sempre estão presentes

santinhos, imagens, rosários, e assim por diante. Na medida em que os entrevistados não enfatizaram esta questão, considere até que ponto as pessoas esquecem rapidamente o que passaram, de modo que, quando “melhoram”, tudo fica para trás.

Não se trata aqui de considerar favorável a existência de medo ou a presença de expressão religiosa ligada ao IAM, mas de suspeitar que o infarto pode se tornar muito perigoso ao paciente que não o considera uma doença, a qual precisa tratar, incluindo novos estilos de vida.

5.2.8 Sub-Categoria 8 – SENSIBILIDADE

QUADRO 15 – Sensibilidade.

Registro	Freqüência
Choro facilmente	2
Coração mais sensível	1
Lado emocional afetado	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Em relação à sensibilidade, este parece não ser algo que se altere para os clientes infartados, aparecendo duas menções ao “choro fácil”, como diz um dos clientes infartados,

[...] depois do infarto, choro por qualquer coisa, fiquei muito emotivo.

Para este cliente, parece que o infarto “mexeu” com seu lado emocional e ficou bem mais sensível. Pode-se pensar que muitos dos infartados participantes já têm idade mais avançada, o que pode ser a razão desta maior sensibilidade, embora, de fato, eles tenham associado à doença.

5.3 CATEGORIA 3 – A doença como é falada

Nesta categoria emergiram o “conceito” que os clientes infartados informam sobre a doença.

Neste Quadro 16, foi abordado o que realmente os entrevistados pensam da doença, ou o que representa a doença para eles. Dos clientes infartados, 16 relacionam o infarto a uma imagem criada por eles, a partir do que passaram, e o que mais se destaca é a dor .

Parece que a dor do infarto, ou seja, a dor pré-cordial, teve um significado tão grande que os clientes não esquecem, inclusive uma das entrevistadas referiu ser “uma dor tão intensa e que foi horrível”, achando que não iria agüentar. Ela relata então, que se “entregou” .

Segundo Souza e Pierin (2002), a doença manifesta-se e é percebida individualmente. Em geral, a percepção individual sobre a doença está associada aos usos e representações sociais que a pessoa faz do seu corpo.

Portanto, a crença individual de cada cliente e a percepção sobre a doença tem um valor primordial na determinação de seu comportamento.

QUADRO 16 – A doença como é falada.

Registro	Freqüência
Dor desesperada	3
Sobressalto	1
Não tinha falta de ar, nem cansaço, não acreditava que era infarto	1
Hora determinada, o meu infarto foi gravíssimo	1
Fácil de acontecer	1
Passo para as pessoas se cuidarem mais	1
Atenção com a doença	1
Estava infartado e não sabia	1
Infarto pequeno, um microinfarto	1
Grande experiência	1
Retrospectiva de toda a vida	1
Saber enfrentar a situação	1
Adiantamento da medicina	1
Total	15

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Também pude perceber que há uma preocupação por parte dos que foram entrevistados em abordar que o seu infarto foi de pequena extensão, como diz uma das entrevistadas “o meu infarto foi pequeno, foi um microinfarto” (E₁₀), e já outro, aponta que o seu infarto foi gravíssimo. Observei que, dependendo da extensão da área necrosada, ou seja, a maneira como o profissional cardiologista aponta para o cliente o seu infarto, interfere na representação da doença que ele terá mais tarde, se pintada com cores fortes ou mais suaves.

Um dos clientes entrevistados, por ter uma noção dos sintomas do infarto, não acreditava que estava tendo infarto, porque não sentia falta de ar, nem cansaço. Esta idéia representa a imagem que ele tinha, de que todos os clientes que infartassem deveriam ter estes sintomas.

Porém, o infarto é uma doença que se pode ter, sem mesmo ter sintoma algum, podendo deparar-se com a surpresa de já ter infartado por meio de um eletrocardiograma (ECG), como foi o caso do E₁₁, que estava infartado e não sabia. O infarto é uma doença que varia de assintomático ao êxito letal, e quando assintomático, as manifestações do cliente são diferentes do que naquele que apresentou sintomas.

Diante da imagem que as pessoas fazem do infarto, quando se abordava esta informação, eles ficavam surpresos e referiam desconhecer esta possibilidade, porque a “imagem” que fazem da doença é de ter sintomas bem graves ou até mesmo o infarto levar à morte.

5.4 CATEGORIA 4 – Informação sobre a doença

QUADRO 17 – Informação sobre a doença.

Registro	Freqüência
Não tem idéia do que era o infarto	3
Quando se informou, passou a se preocupar mais	1
Total	4

Fonte: Coleta de dados dos clientes infartados.

Apesar do Infarto Agudo do Miocárdio ser uma doença relativamente conhecida, não faz parte do conhecimento dos entrevistados.

Neste Quadro 17, apenas quatro dos entrevistados abordaram este tema, sobre terem ou não a informação sobre a doença. Três deles apontaram que não tinham idéia do que era o infarto, e um deles referiu que, no momento em que se informou sobre o que tinha acontecido com ele, passou a se preocupar mais.

Segundo Souza e Pierin (2002), a falta de conhecimento sobre a doença, sua origem, causas, conseqüências e controle, tem sido responsabilizada pela baixa adesão ao tratamento e, pelo baixo sucesso terapêutico, com impactos insignificantes sobre a população. Aqueles que abandonaram o tratamento parecem conhecer menos sobre a doença.

Portanto, penso que, quanto maior o grau de conhecimento que o cliente infartado apresentar, maior será o seu comprometimento com o seu autocuidado e, conseqüentemente, terá menor risco de recidiva.

5.5 Representações sociais do cliente infartado

Segundo Wagner (1994), as sociedades modernas são caracterizadas por seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. Há, nos dias de hoje, poucas representações que são verdadeiramente coletivas, no seu sentido mais estrito.

De certo modo, concordo com a idéia deste autor, pois, após a categorização das representações, pude constatar pelo número de categorias e sub-categorias que emergiram, que realmente os clientes infartados, individualmente, tendem a ampliar muito as representações, de modo que elas não parecem ser coletivas, no sentido de existir uma rede de semelhanças nas falas dos mesmos.

Houve situações em que fatores que pareciam agravantes para uns clientes, para outros não eram nem lembrados, podendo indicar que a representação seja um reflexo do mundo interno da mente do cliente infartado.

Porém, não há maneira de afirmar-se que os clientes manifestavam os

sentimentos ou o que pensavam ou imaginavam sempre e em sua integridade. Além disso, mesmo parecendo diferente a denominação de certos elementos, pode-se considerar que eles ainda não tiveram tempo para configurar uma forma final representativa do evento pelo qual passaram, o que pode ser compreendido como uma limitação da pesquisa.

Sá (1996) considera que uma representação social é uma forma de saber prático, que liga um sujeito a um objeto, sendo este objeto de natureza social, material ou ideal.

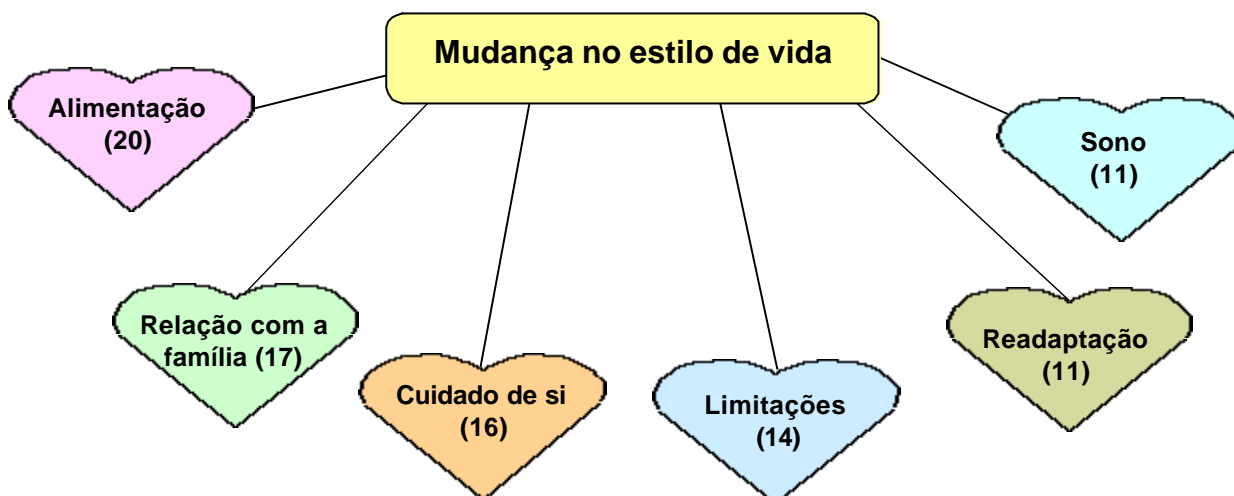
Foi interessante estudar as representações sociais nos mais variados recortes e, com base nesta afirmação de Sá, percebe-se a importância de conhecer os recursos que as pessoas lançam mão para tornar algo desconhecido em algo conhecido, sempre confrontados com os valores, as necessidades, desejos, ações dos clientes infartados, o que permitiu compreender seu comportamento, orientar e guiar as suas ações.

Portanto, as representações sociais dos clientes infartados foram compreendidas como uma forma particular de assimilar o evento do infarto e as limitações cotidianas, cuja expressão contém elementos de seu próprio conhecimento, informações que recuperou ou obteve posteriormente, experiências conhecidas, as quais foram processadas para que encontrassem sentido no que experimentavam. A todo momento, a linguagem fez parte deste processo, como elemento objetivante de sua imagem, utilizada para expressar as suas representações.

Moscovici (1978) enfoca que, quando estudamos representações sociais, o que estamos estudando são seres humanos que pensam e não apenas manipulam informação ou agem de uma determinada maneira.

Ficou claro que todos os clientes entrevistados criam conceitos e afirmações originadas do seu dia-a-dia, comunicando estas representações no seu meio social.

Para dar uma idéia mais acurada sobre como apareceram as RS deste grupo de clientes, serão apresentados, a seguir, diagramas contendo uma súmula dos resultados expressos anteriormente.

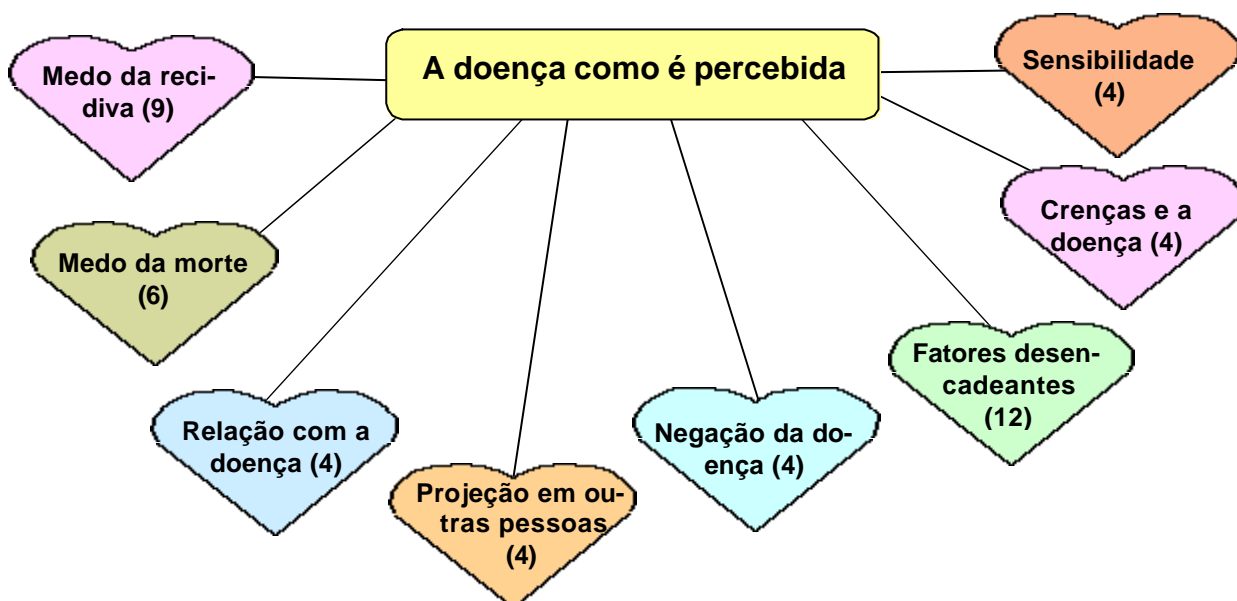


Na imagem que os clientes infartados apresentaram, foi muito forte a menção à mudança no estilo de vida, sendo vários os aspectos que denotam uma Representação Social marcada pela necessidade de repadronização do processo vital, seja espontaneamente, seja decorrente de limites físicos ou psicológicos que aparecem, caracterizada como mudança no estilo de vida, especialmente em relação à alimentação, pois todos os clientes entrevistados abordaram esta questão.

Outro aspecto que participa nesta imagem é a relação com a família, algo que pode indicar a necessidade de sustentação para as mudanças que necessita fazer, além de indicar que a família se preocupa com o infartado e com essas mudanças necessárias.

Disto decorre a enorme importância que a enfermagem deve dar aos familiares, seja amparando-os para que se fortaleçam no cuidado do paciente infartado, seja informando-os para que ajudem na repadronização do processo vital.

O cuidado de si parece ser algo bem definido no imaginário, pois a partir do conceito de sua doença, passaram a se cuidar mais. Muitas vezes, infelizmente, somente após um episódio de doença é que as pessoas passam a se valorizar mais e também a se cuidar melhor, talvez por que nestes momentos passem a refletir e comecem a dar importância para o que realmente interessa mais.



Em relação às limitações, também há uma preocupação por parte dos entrevistados, já que quatorze deles abordaram esta questão. Muitos dos clientes infartados têm a imagem de que, a partir daquele momento tudo vai ser restrito em sua vida, o que nem sempre ocorre, dependendo da gravidade e extensão do infarto.

Pela síntese possível das falas relacionadas à categoria 'A doença como é percebida', a imagem dos clientes infartados parece mais indicar que eles percebem a doença como entidade própria, sem qualquer ligação com outros problemas de saúde, ou seja, eles não parecem fazer uma forte relação entre o aparecimento do infarto e outros eventos do processo saúde-doença.

O fato de não apresentar, após a crise controlada, nenhum fator que indique sofrimento ou seqüela, pois muitas vezes, ao contrário, pode ter a impressão de que está mais sadio que antes, inclusive pela mudança dos hábitos e no estilo de vida em geral, pode ter estabelecido uma idéia de que 'não está propriamente doente'.

Esta imagem de 'não doença' pode ser tanto associada a uma negação do infarto, como a uma exacerbação do problema que, de certa forma, ele tenta minimizar, pelo menos em sua maneira de representar o fato.

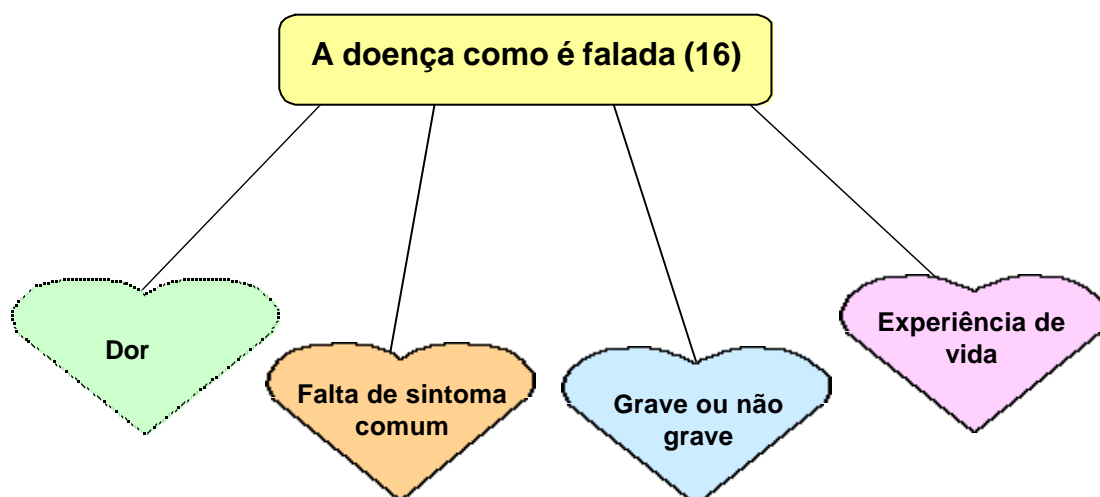
Esta configuração das representações pode confundir a enfermeira durante

o processo assistencial, daí a importância dela estar atenta aos pequenos detalhes, como palavras, gestos, feições que possam identificar algo que foi mascarado e que pode ser motivo de sofrimento para o cliente ou para sua família.

Informações sobre a doença

O que foi evidenciado em relação a esta categoria demonstra, de certo modo, que o cliente infartado não tinha muitas informações sobre a doença, o que pode ter influenciado em muitas decisões, inclusive algumas prejudiciais à manutenção da qualidade de vida.

Assim, a enfermagem tem sob sua responsabilidade também repassar informações que auxiliem o cliente nas mudanças que tiver que fazer no estilo de vida, já que para ele esta é uma consequência do aparecimento do infarto em sua vida.



Ao falarem, os clientes têm uma representação sobre o infarto. A ligação com a dor forte, a falta de sintomas tidos como próprios da doença, o fato de ser grave ou não, a oportunidade de ter tido como uma experiência para a vida, resulta em que a linguagem evidencia as preocupações que eles precisam enfrentar ao terem que encarar a doença como um fato em sua própria vida e não mais na de outro.

A doença é entendida como grave ou não a depender da extensão da área cardíaca afetada, em geral revelada durante a assistência imediata pós-infarto, pelo médico que o atendeu.

Da mesma maneira, a intensidade da dor também pode revelar a representação social, na qual esteja contida a necessidade de cuidar-se ou não, com maior ênfase ou com menos preocupação, o que pode ser também um ardil ao cliente, pois nem sempre a extensão da dor revela a gravidade do infarto.

Dezesseis clientes puderam objetivar sua doença que, ao ser falada, tornou-se menos assustadora, menos misteriosa, abrindo um espaço para que pudesse encará-la de forma amadurecida e positiva.

Neste momento em que finalizo esta trajetória, acredito que este estudo me possibilitou o acompanhamento ao cliente infartado, o que sempre foi de grande interesse, talvez por acompanhar de perto este problema na família.

Este desafio tornou-se gratificante desde o início, quando acompanhei o cliente infartado na unidade coronariana e lá mesmo, senti que estava no caminho certo e que estes clientes, mesmo após os primeiros dias do infarto, precisam do apoio da enfermagem. A enfermagem deve estar presente sempre, não só para desempenhar tais procedimentos, mas também para ouvir o doente e poder ajudá-lo nestes momentos difíceis.

Na primeira parte deste trabalho, pude perceber o quanto é importante a assistência de enfermagem e mesmo sabendo que há uma sobrecarga de trabalho para as enfermeiras, arrisco-me a deixar uma sugestão a partir deste estudo. É necessário parar e escutar os clientes infartados, valendo a pena dispensar alguns minutos para ouvi-los, porque conforme os seus depoimentos, eles precisam da nossa atenção.

Rogers enfoca que o enfermeiro deve ter condições de conhecimento para promover a interação com o cliente e esta teoria foi a todo instante aplicada durante a assistência.

Também, em todos os momentos da assistência, Rogers estava presente nas minhas falas, quando procurava ver aquele doente como uma pessoa única, sintonizando com ele, o que provocou mudanças em minha maneira de atuar na enfermagem, e acredito que foi um dos pontos mais positivos desta pesquisa.

Este estudo também me proporcionou a compreensão de que o cliente infartado vive em constante intercâmbio com o ambiente, ou seja, ele não vive separado de tudo que o rodeia, e que os dois trocam constantemente energia.

Trata-se de uma racionalidade que permite conjecturar sobre a possibilidade de ser esta troca uma oportunidade de construir sua representação social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura de enfermagem é comum dizer-se que a enfermeira é uma educadora, contudo devemos repensar o saber da enfermagem e pensar na educação como um todo. Mas, acima de tudo, precisamos oferecer ao nosso cliente, em termos de conhecimento teórico e prático, muita segurança e responsabilidade na execução de nossas atividades, levando-o sempre em consideração assim como sua história de vida.

O envolvimento (afetivo, interativo, interessado, participativo) é uma atitude profissional, no sentido de um comprometimento de atitudes mais reflexivas e participativas na relação cliente-enfermeiro.

A enfermeira deve valorizar as atitudes dos sujeitos (clientes) na sua conduta em relação a ele, tomando como base as situações da realidade.

A educação em enfermagem vem enfocando temas mais reflexivos nos últimos anos e, com isso, espera-se que a cada dia a enfermeira também cresça como “ser humano” e faça de seu pensamento a sua ação (práxis).

Para Freire (1987, p. 68), “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Desta forma, a educação faz-se constantemente e, para educar, tem-se que estar sendo educado e principalmente estar aberto e receptivo.

O cliente pós-infartado ilustrou com situações nunca antes vividas por mim, e me sinto engajada no compromisso de compartilhar com ele também o meu saber, este adquirido por meio de reflexão, indagação, estudo e da busca constante de crescimento e da participação deste cliente, tentando readaptá-lo para um padrão de vida mais saudável, mesmo após o primeiro infarto.

A educação a este cliente aconteceu com diálogo, troca de informações, pois segundo Freire (1999, p. 76), “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”.

Como enfermeira, mostrei a este cliente que estarei aberta a buscar muito, crescer sempre e fazer com que as mínimas experiências se transformem em grandes lições de conhecimento.

A educação é um processo estético, ético, criativo, que possibilita ao ser humano o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia de suas ações, e pode ser terapêutico, pois facilita o enfrentamento de situações de estresse e crise, favorecendo viver de forma mais saudável. É um processo no qual se estabelecem transações para o alcance de metas, com a participação ativa dos envolvidos, no qual os participantes crescem pessoalmente e transformam a si e ao meio em que estão inseridos. “Finalmente, é um processo que envolve e exige disponibilidade, respeito, capacidade de ouvir, efetividade, confiança, sensibilidade, compromisso e responsabilidade” (ZAMPIERI, 1999, p. 210).

Portanto, a continuidade no conhecimento necessita de estímulo, em que o profissional possa educar, orientar, ajudar e aprender com satisfação mútua, não apenas transmitir e, sim, vivenciar todo este processo, trabalhando em conjunto. No processo de enfermagem, de acordo com os princípios de Rogers, aborda-se as questões educativas, pois elas estiveram presentes em todos os passos desta assistência.

Na minha concepção, ética é cultura, respeito, diálogo e liberdade, quer na vida individual ou na vida coletiva. Goldin (1993) diz que ética pode ser definida como sendo a ciência da moral, a ciência da conduta, ou ainda como sendo os princípios ou valores morais que guiam as ações e comportamentos de uma pessoa ou de um grupo de pessoas.

A experiência relatada neste trabalho se refere ao quanto a enfermagem pode ajudar a pessoa, que neste caso é o cliente infartado. A enfermagem, que está presente ao lado desta pessoa, precisa dedicar algum tempo a este ser, que muitas vezes está ali, quieto, não fala, porque as coisas não lhe são perguntadas.

Ele vê o corre-corre da equipe e pensa que os profissionais não teriam

“muito tempo” para ouvi-lo, por isso, então, “fecha-se”, preferindo não falar.

A ansiedade leva-o a ficar mais nervoso, por não saber o que se passa com ele realmente. O esclarecimento de todas as suas dúvidas é fundamental para manter a tranquilidade do cliente infartado.

A prática assistencial e a relação com a teoria de Rogers propiciou-me observar coisas antes não percebidas, tais como a importância da interação, de neste momento ter uma dedicação exclusiva a esta pessoa e de interagir totalmente com ela.

Um fato que me fez refletir foi que a pessoa, após o infarto, não exige muito da enfermagem, em relação a cuidados complexos, pois ela fica na unidade com algumas medicações e o repouso, mas é uma pessoa que está bem fisicamente, e isto faz, na minha percepção, com que a enfermagem não lhe preste o tempo que esta precisa para ser cuidada.

Assim, quando chegava até o cliente infartado, a minha preocupação era, em todos os momentos, demonstrar que eu queria “interagir” com ele, estar em sintonia, despertar confiança nesta pessoa. Em todas as circunstâncias, também procurei fazer uma relação entre eventos passados e presentes e, a partir daí, fazer a intervenção, também junto com ele, levando sempre em consideração o que seria melhor para si, e em todos as situações me policiava para não impor algo e sim, construir com ele.

Esta foi a melhor relação que fiz com a teoria, porque antes eu não tinha o cuidado de pensar sobre o que era viável para os clientes e sim o que era correto, agora sim, preocupo-me com o que ele pensa, e isto me fez crescer muito.

Em relação ao ambiente, embora tivesse que fazer a prática assistencial no quarto, em uma unidade, e até mesmo junto de outro doente, tive o cuidado de procurar conversar sem o outro ouvir e propiciar um ambiente arejado, deixava-o o mais a vontade possível e procurei tratá-lo como um ser único, que no momento era a pessoa mais importante para mim.

Em alguns momentos, nossos campos de energia cada vez mais interagiam e eu procurava usar o toque como forma de carinho com uma pessoa que estava precisando de mim. Isso aconteceu com todos os clientes infartados, na minha assistência.

O processo de enfermagem, de acordo com Rogers, é construído junto com o cliente e por isso foi bastante positivo para uma avaliação satisfatória, com a finalidade da obtenção máxima da saúde.

Finalizando esta pesquisa, acredito que uma nova etapa da minha vida profissional se inicia. Com certeza, este trabalho me fez crescer como pessoa e como ser humano, pois todos os desafios que enfrentei só me fizeram crescer como profissional. Sinto-me refortalecida pelo novo olhar que passei a ter a partir do momento em que trabalhei com a teoria de Rogers e Representação Social e tenho a certeza que ampliei o meu leque de conhecimento no sentido de ter aprendido mais e compartilhado momentos especiais com os clientes infartados. Certamente estes momentos jamais serão esquecidos.

O meu contato com os clientes infartados se tornou de fácil acesso no momento em que me apoiei na teoria de Rogers e nos meus conceitos, esta teoria me fez interagir intensamente com estes clientes.

Acredito que os meus objetivos foram alcançados, pois consegui fazer uma assistência de enfermagem voltada para o cliente infartado, como ser único, que expressa os seus sentimentos e sensações, transcendendo a sua evolução, tendo a sua representação social como referência para repadronização do processo vital.

No decorrer do trabalho, consegui buscar as representações dos clientes infartados, porém não tive nesta primeira experiência, objetivo de identificar se esta formação se deu por ancoragem ou objetivação, mas tão somente ter a representação social como referência para a assistência de enfermagem.

A partir das representações fica claro que a enfermagem deve dar uma atenção especial ou se preocupar mais com a mudança do estilo de vida dos infartados, de como a doença é percebida por eles, como é falada e que informações sobre a doença eles têm.

Sendo assim, a enfermagem deve se preocupar com estas quatro categorias que emergiram. É possível que em outros grupos (entre-ajuda) tenham um nível de informação mais profunda e, talvez, as representações sejam outras, mas no momento, a minha preocupação são com estas categorias que surgiram a partir deste estudo.

Portanto, este estudo, mais uma vez, reforçou o meu interesse e minha inquietação desde antes de começar a trabalhar nesta pesquisa, em criar um grupo de clientes infartados e poder compartilhar com eles minha experiência e aprender mais com elas, porque esta caminhada não chegou ao fim, penso que é um início de uma nova etapa em minha vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ALVES, R. A. A morte como conselheira. In: ROOSEVELTS, M. S. 1991, p. 27.

ANDRADE, Paula; MARTINS, Luiz. Estresse psicológico, fator de risco para desenvolvimento e progressão de coronariopatias. **ARS CURANDI – Jovem Autor**, abril 1996.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza. **As possibilidades de uma abordagem cultural no cuidado ao cliente com infarto agudo do miocárdio**. Dissertação de Mestrado, Cuiabá, 1989.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Rev. Bioética**, v. 4, p. 15-25, 1996.

BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

BUB, Maria Bettina Camargo *et al.* Estudo de situação de pacientes cardíacos cirúrgicos utilizando a classificação diagnóstica da Narrola: relato de experiência. **Anais...** In: SIMPÓSIO SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 19 a 21 de novembro, São Paulo, 1991.

CAMPONOGARO, Silviamar. **Atenção de enfermagem ao cliente cardiopata**, 1999. (Manual de Estudo)

CINTRA, Eliane Araújo. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

COSTA, Cristiane Maria Amorin *et al.* Representações sociais dos clientes de um programa de reabilitação cardíaca sobre o fumo. **Revista Alternativa de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano II, n. 17, ago. 1998.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUIAR, Olga Maimoni. Perfil de pacientes com IAM na perspectiva do modelo de "Campo de Saúde". **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 571-588, out./dez. 1998.

EISENBERG, Mickey I.; COPASS, Michael K. **Infarto do miocárdio. Terapêutica em emergências clínicas**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1984, p. 32-37.

ESCUDEIRO, C. L.; SILVA, I. C. M. da. **Adoçando o fel do pesquisar: a doce descoberta das representações sociais**. Rio de Janeiro, 1997.

FAAR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOUCHELOVITCH, S. (org.) *et al.* **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 59.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE – FUNASA. Ministério da Saúde. **Mortalidade 1998**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/sin/pdfsmortalidade>>. Acesso em 20 jul. 2002.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOLDIN, J. R. Ética na pesquisa em saúde. **Revista HCPA**, v. 13, n. 2, ago. 1993.

GUARESCHI, P. A.; JOUCHELOVITCH, S. (org.) *et al.* **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GUELER, Rodolfo. **Grande tratado de enfermagem**. São Paulo: Brasileira, 1990.

GUIMARÃES, Maria Cristina Triguero Veloz. **Velhice perda ou ganho?** Florianópolis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUSTEN, L. **Global epidemic of cardio-vascular diseases predicted**. *Lancet*, 1998.

JODELET, Denise. Representações sociais: fenômeno, conceito e teoria. In: MOSCOVICI, S. (org.). **Psicologia Social**. Paris: PUF, 1984.

JOFFE, Heléne. "Eu não", "o meu grupo não". Representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, P.; JOUCHELOVITCH, Sandra (org.) *et al.* **Textos em representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 287.

KAMEL, Dilson; KAMEL, José Guilherme. **Como prevenir o enfarto do miocárdio através de atividade física e alimentação adequada**. Rio de Janeiro: Sprint, 1996.

LAMOSA, R.; BELLKISS, Wilma. **Psicologia aplicada a cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1990.

LAURENTI, Rui; BUCHALLA, Cássia. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 76, n. 2, 2001.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Modelo teórico de Marta Rogers**. Florianópolis, 1983.

_____. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

LEOPARDI, Maria Tereza *et al.* Representações dos enfermeiros sobre o seu processo de trabalho. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 193-194, jul./dez. 1992.

LOTUFO, P. A. Prelature mortality from heart disease in Brasil. A comparison with other countries. **Arq. Bras. Cardiol.**, 1998.

MARTIN, I. Acabar con los mitos sobre cardiopatias. **Salud Mundial**, 51: 6-7, 1998.

MARTINO, Milva *et al.* Anual de orientação para pacientes infartados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 304-313, jul./set. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilita pela análise textual qualitativa. Santa Maria, 1998 (mimeo).

MOSCOVICI, Serge. **A representação social na psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Sobre representações sociais. In: FORGAS, Joseph. **Social cognitions: perspectives on everyday understanding**. New York: Academic Press, 1981.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. As contribuições do enfoque psicossocial para o cuidado junto ao paciente portador de câncer. In: DIMENSÕES DA DOR DO CÂNCER. São Paulo: Probel, 1997.

OLIVEIRA, Denize Cristina; ALVARENGA, Augusta Thereza. Representações maternas no desenvolvimento infantil: "práxis" e conhecimento. **Revista O Mundo**

da Saúde, São Paulo, ano 20, v. 20, n. 1, jan./fev. 1996.

OLIVEIRA, B. G. R. B. **A identidade profissional da enfermeira: a passagem pelo espelho**. 1997. Projeto de Tese apresentado ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

PENNA, Rosenara Berleze. **Representações sociais dos pacientes cirúrgicos: uma reflexão sobre o medo da cirurgia**. Dissertação (Mestrado). UFSC, Florianópolis, 1999.

SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. *et al.* **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais numa perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. **Sobre o núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SBC FUNCOR. Campanha educativa. Campcolest.

SCHULZE, Clélia Maria Nascimento. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. *et al.* **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais numa perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SILVA, Lucia da Fátima; DAMASCENO, Marta. O ser coronariopatia: entre o viver autêntico e as amarras do cotidiano. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 91-99, jan./mar. 1999.

SILVA, Alcione Leite da. **Experenciando o cuidar do cliente portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, com bases no sistema conceitual de Rogers**. Dissertação (Mestrado). Florianópolis, 1990.

_____. Modelo hemodinâmico: uma abordagem para o processo de cuidar em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, jan. 1993.

SILVA, Maria Julia Paes. **Humanização em UTI: assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SOUZA, Ana Luiza L.; PIERIN, Angela Maria G. **Risco cardiovascular global: convencendo o paciente a reduzir o risco**. 3.ed. São Paulo: Lemos, 2002.

SPINK, Mary Jane *et al.* O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. *et al.* **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais numa perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

VACANTI, Januasi. Estudo inédito aponta: disfunção sexual pós-infarto tem causa psicológica. Dissertação de Mestrado. **Cardiologia – Digest**, 2000.

VIEIRA, A. M. L. **Um modelo para a assistência da enfermagem à mulher**

mastectomizada a partir de suas representações sociais. Florianópolis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

WAGNER, Wolfgang. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOUCHELOVITCH, S. (Org.) *et al.* **Textos em representações sociais**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, p. 44-45, 1994.

WYNGAARDEN, James; SMITH, Lloyd. **Tratado de medicina interna**. 18.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 203-221, jan./abr.

ANEXOS

ANEXO A

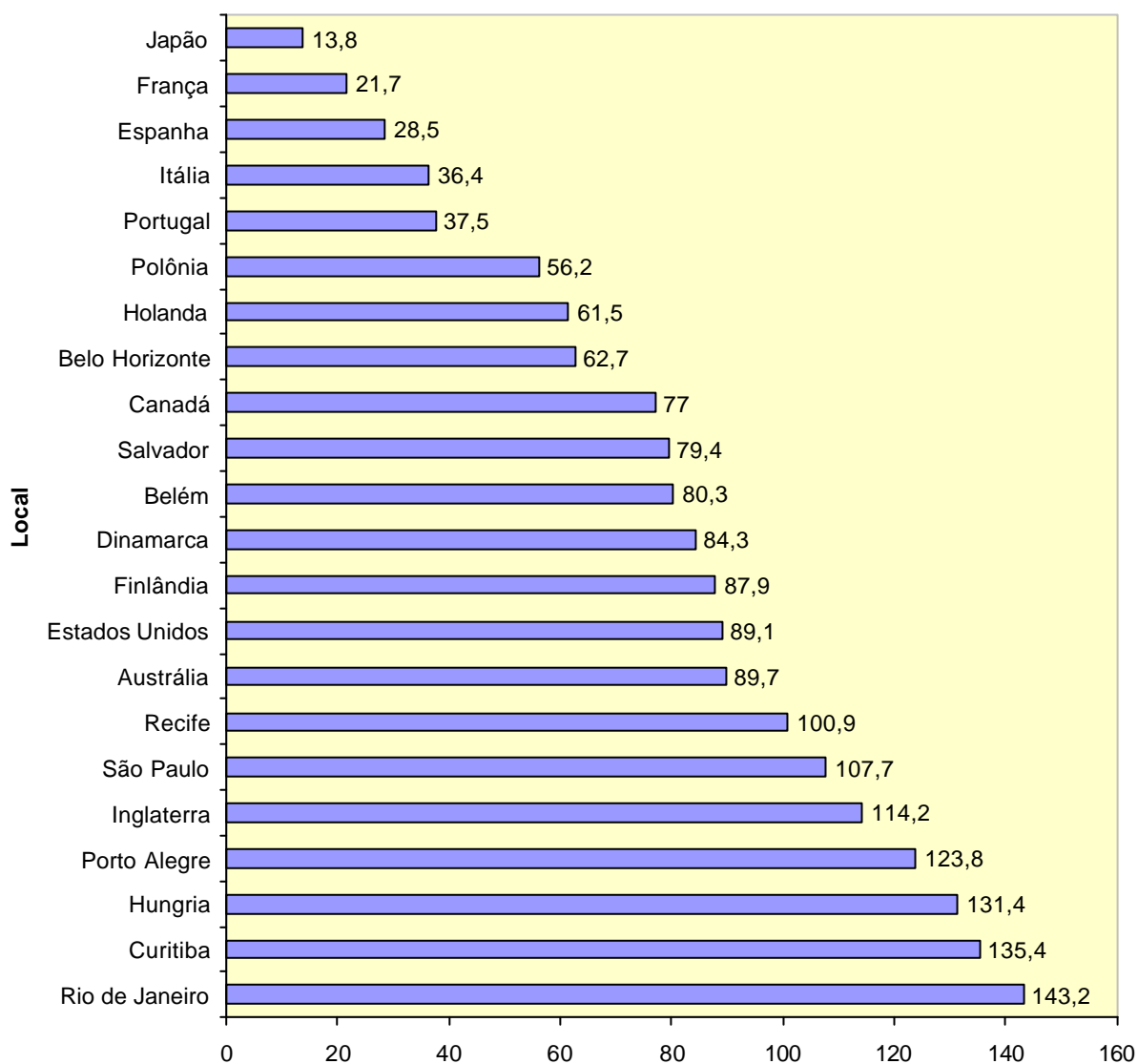


FIGURA 1 - Mortalidade por doença isquêmica do coração, em mulheres de 45 a 64 nos de idade em sete capitais de Estados do Brasil e dezesseis países selecionados, 1984 a 1987 (taxa por 100.000). Fonte: Lotufo (1998, p. 70).

ANEXO B

TABELA 1 - Mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC) em 14 países desenvolvidos e capitais de áreas metropolitanas do Brasil, sexo masculino, 35 a 64 anos, 1984/1987.

Países e capitais brasileiras	DIC (%)	AVC (%)
Inglaterra	39,0	6,0
Holanda	29,0	4,0
Austrália	32,0	5,0
Canadá	30,0	3,0
Finlândia	38,0	6,0
EUA	27,0	4,0
Itália	17,0	7,0
Dinamarca	29,0	4,0
Japão	6,0	12,0
Espanha	15,0	7,0
Hungria	22,0	11,0
Porto Alegre	21,0	10,0
Rio de Janeiro	21,0	29,0
Polônia	19,0	5,0
França	11,0	5,0
Curitiba	21,0	15,0
Belém	14,0	14,0
Portugal	12,0	12,0
Belo Horizonte	11,0	15,0
São Paulo	18,0	12,0
Salvador	11,0	12,0
Recife	15,0	11,0

Fonte: Lotufo (1996).

ANEXO C

TABELA 2 - Mortalidade proporcional (%) por doença isquêmica do coração segundo alguns grupos etários e regiões do Brasil, 1994.

Regiões	Idades			
	30 a 49 %	50 a 69 %	70 e mais %	30 e mais %
Norte	12,9	35,1	46,7	94,7
Nordeste	11,4	33,4	50,7	95,5
Sudeste	11,8	36,2	49,4	97,4
Sul	9,9	35,7	52,4	98,0
Centro-oeste	14,1	37,6	43,3	95,0
Brasil	11,6	35,7	49,7	97,0

Fonte: Mortalidade Brasil, 1994. Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de consentimento entregue ao paciente

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos da pesquisa “Representação Social como referência para repadronização do processo vital de clientes infartados”. Fui informado sobre:

- riscos, desconfortos e benefícios do presente trabalho, assim como da garantia de receber esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca da metodologia e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- a liberdade de participar ou não da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo de qualquer ordem;
- o resguardo da privacidade, a proteção da imagem e garantia da não utilização das informações em prejuízo das pessoas e da comunidade;
- a manutenção do sigilo absoluto quanto aos dados confidenciais envolvidos;
- a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nestes termos, considerando-me livre e esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora da pesquisa a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A aluna Mara G. R. Marinho, está desenvolvendo este trabalho sob a orientação da Dra. Maria Tereza Leopardi, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem na Área de Filosofia, Saúde e Sociedade, do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem (UFSC, UFSM, Universidade de Cruz Alta, UNIFRA). Tendo este trabalho sido deferido pelo responsável da Clínica Cardiológica, em novembro de 2001.

Data: ____/____/2002

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura da responsável pelo trabalho: _____

OBS.: O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com a aluna responsável.

APÊNDICE B
Ofício ao Hospital de Caridade “Dr. Astrogildo de Azevedo”

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente termo, solicito a Vossa Senhoria autorização para o desenvolvimento do projeto assistencial: “A representação social dos clientes infartados obre a sua doença” (anexo os objetivos do trabalho), junto a clientes internados nas unidades de internação do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo.

Santa Maria, ____ de _____ de 2001.

Orientadora

Pesquisadora

*

** Aluna do Mestrado Interinstitucional em Enfermagem.

OBJETIVOS

a) Objetivo geral

Propor e aplicar um processo de assistência de enfermagem ao cliente, após o primeiro infarto, a partir da sua própria visão sobre a doença e da teoria de Rogers.

b) Objetivos específicos:

- interagir junto ao cliente infartado, no processo de enfermagem, com o objetivo de direcionar e redirecionar padrões para a obtenção máxima do potencial de saúde;
- propor, junto ao infartado, metas para a sua readaptação a um estilo de vida com menos risco de novos episódios de infarto;
- avaliar a aplicabilidade do marco proposto como forma de implementar o processo de enfermagem baseado na teoria de Rogers;
- organizar e otimizar o cuidado de enfermagem ao cliente infartado através do processo de enfermagem.

APÊNDICE C
Instrumento de Pesquisa

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Leito: _____ Unidade: _____ Data da admissão: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor: () branca () negra () amarela () vermelha

Diagnóstico Médico:

Estado civil: () solteiro () casado () desquitado
() divorciado () amasiado

Natural de: () Santa Maria () cidades vizinhas () outros Estados

Procedência: () Santa Maria
() outras cidades. Qual? _____

Ocupação atual: _____

Escolaridade: () analfabeto
() alfabetizado
() 1º grau () completo () incompleto
() 2º grau () completo () incompleto
() superior () completo () incompleto

2. CONHECENDO MELHOR O CLIENTE

– Já esteve internado alguma vez?
() Sim () Não Motivo: _____

– Sabe qual o motivo da internação atual?
() Sim () Não Motivo: _____

– Sabe qual é o seu problema de saúde?
() Sim () Não Qual? _____

– O que acha que causou este problema? _____

– Já havia procurado um médico por este motivo? _____

- Você fazia o tratamento como foi orientado? _____
- Quais os problemas relacionados, que o Sr.(a) apresenta?
 1. Estresse ()
 2. Uso do álcool ()
 3. Uso de drogas ()
 4. Diabete ()
 5. Fumo ()
 6. Sedentarismo ()
 7. Hipertensão ()
 8. Obesidade ()
 9. Contraceptivo oral ()
 10. História na família de doença cardiovascular ()
- Você acha que alguns dos fatores acima contribuíram para o agravamento de sua doença?
() Sim () Não
- Quais os fatores? _____
- Tem outros problemas de saúde associados? _____

HÁBITOS ALIMENTARES:

- Qual a sua preferência alimentar? _____

MOVIMENTOS

- Praticava atividade física?
() Sim () Não Qual? _____
- Com que frequência? _____
- Sentia-se cansado aos esforços?
() Sim () Não Quando? _____

RELACIONAMENTO:

- Vive com quem? () cônjuge () filhos () pais () irmãos
() cunhados () sogros () amigos () netos
() outros. Quais? _____
- A doença trará algum problema na sua vida familiar?
() Sim () Não Qual? _____
- A doença poderá trazer algum problema no seu trabalho?
() Sim () Não Qual? _____

– Em relação à atividade sexual, pensa que poderá mudar o seu comportamento?

() Sim () Não Por quê? _____

– O que mais gostaria de saber? _____

APÊNDICE D
Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Idade: _____
 Sexo: _____
 Estado civil: _____
 Natural de: _____
 Procedência: _____
 Ocupação atual: _____
 Escolaridade: _____
 Diagnóstico médico: _____
 Data do IAM: _____
 Convênio: _____

1. Quais os problemas que você apresentava antes do infarto?

<input type="checkbox"/> estresse	<input type="checkbox"/> uso do álcool
<input type="checkbox"/> drogas	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> fumo	<input type="checkbox"/> sedentarismo
<input type="checkbox"/> hipotensão	<input type="checkbox"/> obesidade
<input type="checkbox"/> contraceptivo oral	<input type="checkbox"/> história familiar

2. Você acha que alguns dos fatores acima contribuíram para o agravamento de sua doença?

Sim Não

3. Quais os fatores? _____

4. Tem outros problemas de saúde associados? _____

5. O que reapresenta o IAM para você?
 (Fale um pouco para eu entender a tua idéia sobre isso)
 (Que imagem fica quando falam em infarto para ti?)
 (Projeta a tua imagem no futuro, como vai ser daqui para frente)
 - O que você pensa em relação ao trabalho? _____
 - E ao sono? _____
 - E a atividade física? _____
 - E a alimentação? _____
 - E ao relacionamento, pensa que irá interferir? _____