

**A CRISE COMO UMA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO
PARA A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA -
UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

GRACE TERESINHA MARCON DAL SASSO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A CRISE COMO UMA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO PARA
A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA - UM
DESAFIO PARA A ENFERMAGEM**

GRACE TERESINHA MARCON DAL SASSO

Orientadora: Dr^a. INGRID ELSÉN

Coorientadora: Prof^a MARIA ALBERTINA PACHECO

FLORIANÓPOLIS - SC - 1994 .

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

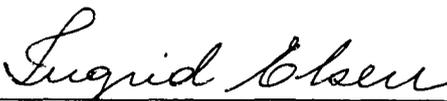
DISSERTAÇÃO

A CRISE COMO OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO PARA A
FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA - UM DESAFIO
PARA A ENFERMAGEM

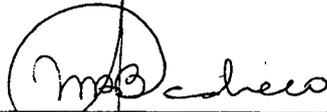
submetida à Banca Examinadora para a obtenção do Grau de
MESTRE EM ENFERMAGEM por:

GRACE TERESINHA MARCON DAL SASSO

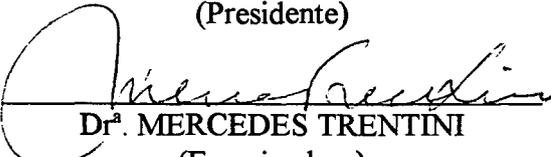
Aprovada em: 23/08/94



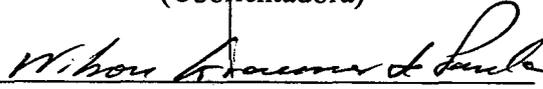
Dr.^a INGRID ELSÉN
(Presidente)



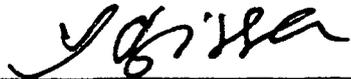
Prof. MARIA ALBERTINA PACHECO
(Coorientadora)



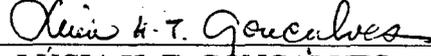
Dr.^a MERCEDES TRENTINI
(Examinadora)



Dr. WILSON KRAEMER DE PAULA
(Examinador)



Dr. ANTÔNIO SILVEIRA SBISSA
(Examinador)



Dr.^a LÚCIA H. T. GONÇALVES
(Examinadora Suplente)

AGRADECIMENTOS

*Ao Sidney e ao nosso filho
Gabriel, pelo apoio e
estímulo constante, pelo
carinho e, acima de tudo,
Amor.*

*À minha mãe Odette e à
minha avó Maria que,
mesmo distantes, sempre me
incentivaram e torceram por
mim.*

À professora Dr^a Ingrid Elsen pela confiança que em mim depositou, estimulando-me e oferecendo-me oportunidades de aperfeiçoar meu aprendizado. Seu incentivo, amizade e dedicação foram indispensáveis para o meu crescimento pessoal e profissional.

À professora Maria Albertina Pacheco, pelo carinho, disponibilidade e incentivo. Sua participação foi fundamental na execução deste trabalho.

Ao Dr. Wilson Kraemer de Paula pelo carinho, pelas sugestões valiosas e incentivo.

À Dr^a Lúcia Hisako T. Gonçalves pelo apoio bibliográfico e confiança.

Ao Dr. Antonio Silveira Sbissa pelo estímulo à enfermagem e amizade.

À Dr^a Mercedes Trentini pela disponibilidade e confiança.

À Dr^a Rosita Saupe pelo constante estímulo e amizade cativante.

À minha grande amiga Valéria, pela amizade, apoio, estímulo e pelo caminhar junto.

Às minhas amigas Vera, Sayonara, Marisa e Telma pela amizade, alegria, pelas discussões valiosas e apoio nas horas difíceis.

À Rosângela pelo incentivo e amizade.

À Ilka, Tony, Amauri, Isabel, Ivonete, Gladys, Clarice, Margarethe, Martha e Liliam, pelo incentivo e valiosas discussões.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina em especial ao Departamento de Pós-Graduação, pelo estímulo, apoio e oportunidade concedida.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação pelo carinho e amizade.

À querida Luzia pela ajuda, amizade e simpatia constantes.

Aos enfermeiros e demais funcionários do Instituto de Cardiologia pelo apoio e amizade.

Por fim, agradeço sinceramente as famílias e grupos que participaram voluntariamente deste trabalho e compartilharam suas vidas comigo.

RESUMO

Este trabalho, utilizando a Teoria e Intervenção na Crise, descreve a experiência de duas famílias e/ou grupos que enfrentam uma doença aguda como um infarto do miocárdio em um de seus membros. Interpreta-se que esta experiência súbita, inesperada e que ameaça a vida provoca uma situação de crise para a unidade familiar. Através do marco conceitual e do processo de enfermagem "Enfrentando a Crise", foi possível compreender a crise vivenciada pelas famílias desde o momento da hospitalização do familiar até o seu retorno para o domicílio. Os conceitos que compõem o marco conceitual são: crise, ser humano/família/grupo, meio, percepção e enfermagem/enfermeiro. Este marco serviu de guia para colocar em prática o processo de enfermagem que consiste das seguintes etapas: definindo a situação, descobrindo e propondo caminhos e avaliando a situação. Para a operacionalização do processo de enfermagem, desenvolveu-se algumas estratégias que contribuíram para compreender o fenômeno "A crise na família e/ou grupo por uma doença aguda". Esta experiência foi descrita como um processo constituído de três períodos: pré-crise, crise e pós-crise que, dependendo do tipo de ajuda que a família/grupo recebiam e do seu próprio potencial, poderiam ser de maior ou menor intensidade. Finalmente, o trabalho sugere que, neste contexto de crise pela convivência com uma doença aguda, é fundamental a interação dos profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, com o objetivo de assistir/fortificar os pacientes e suas famílias/grupos, estimulando o desenvolvimento e a mobilização de forças e estratégias de enfrentamento que os guiem para a busca ativa de um viver mais saudável, fazendo de uma situação de crise uma oportunidade de enriquecimento do seu processo de viver.

ABSTRACT

This work, where "Theory and Crisis Intervention" is used, describe the experience lived by two families and/or groups having one of their members afflicted by an acute disease such as myocardial infarction. A sudden unexpected experience like this, threatening life, is seen as a crisis situation involving family unity. Through the conceptual framework and the "Crisis facing" nursing process it became possible to understand the crisis lived by those families from the moment their member was taken up framework are: crisis, human being/family/group, setting, perception and nursing/nurse. This framework was used as a reference to put into practice the nursing process which is made up the following stages: defining the situation, discovering and proposing ways, and evaluating the situation. To render the nursing process operational, a number of strategies have been developed that help to understand this "Family and/or group crisis introduced by acute disease" phenomenon. Such an experience was described as a three-period process: precrisis, crisis, and postcrisis; according to the kind of help received by the family/group, and also to their own potential, these periods could be vested with greater or lesser intensity. Finally, the work suggests that within a crisis context as experienced from living an acute disease, interaction of health professionals becomes of fundamental importance. Most prominent here is the role played by the nurse in assisting/strengthening patients and their families/groups, fostering the development and mobilization of forces and facing-strategies to guide these patients in an active search for healthier living where, from a crisis situation, an opportunity to enrich their living process would be obtained.

SUMÁRIO

1 - PROBLEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA E BUSCANDO UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM PARA ASSISTIR A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA.....	12
1.1- UM POUCO DE MINHA TRAJETÓRIA NA ENFERMAGEM E COMO NASCEU A PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE E SUA FAMÍLIA QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA.....	13
1.2- SITUANDO A DOENÇA CORONARIANA.....	18
1.3- O SISTEMA DE SAÚDE, AS INSTITUIÇÕES E O PAPEL DO PROFISSIONAL.....	23
1.4- UMA PROPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA.....	31
2 - CONSTRUINDO A SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA PARA ASSISTIR A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA	35
2.1- PROBLEMAS E NECESSIDADES DOS PACIENTES DE UTI E DE UNIDADE CORONARIANA.....	36
2.1.1- A DOENÇA CARDÍACA CORONARIANA.....	41
2.2- COMPREENDENDO A CRISE.....	53
2.2.1- A Teoria e Intervenção na Crise.....	59
2.2.2- A crise na família devido à presença de uma doença aguda em um de seus membros.....	70
3 - APRESENTANDO UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA	89
3.1- O MARCO CONCEITUAL	90
3.1.1- Os Conceitos que compõem o Marco	93
3.2- O PROCESSO DE ENFERMAGEM "ENFRENTANDO A CRISE"	100
3.2.1- Definindo a situação.....	102
3.2.2- Descobrir e Propondo Caminhos.....	106
3.2.3- Avaliando a situação	109
4 - ASSISTINDO AS FAMÍLIAS QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA ..	112
4.1- O PROCESSO DE ENFERMAGEM "ENFRENTANDO A CRISE"	113
4.1.1- Definindo a situação das famílias de João e Antônio.....	114
4.1.2- Descobrir e Propondo Caminhos com as famílias de João e Antônio e/ou grupos	150
4.1.2.1- Trabalhando o meio	151
4.1.2.2- Antecipando a orientação	160

4.1.2.3- Visitando as famílias no domicílio	171
4.1.2.4- Montando o Grupo de Suporte:.....	186
4.1.2.4.1- Compondo o grupo.....	187
4.1.2.4.2- Desenvolvendo as reuniões - A inserção no grupo	190
4.1.2.4.3- Avaliando o Grupo.....	196
4.1.2.5- Reunindo a Equipe de Enfermagem e outros Profissionais.....	197
4.1.3- Avaliando a situação das famílias de João e Antônio.....	198

**5 - FAZENDO PONDERAÇÕES SOBRE A PROPOSTA E REVELANDO NOVAS
POSSIBILIDADES 211**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 219

APÊNDICES 229

ANEXO 249

1 - PROBLEMATIZANDO A ASSISTÊNCIA E BUSCANDO UMA PROPOSTA DE ENFERMAGEM PARA ASSISTIR A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA

*Neste capítulo, procuro mostrar minha trajetória profissional na enfermagem e os motivos que me estimularam a desenvolver uma nova proposta de assistência ao paciente, à sua família e/ou grupo que experenciam uma situação de crise por uma doença. Faço algumas considerações epidemiológicas sobre a doença coronariana e os reflexos desta sobre a vida do ser humano, seu trabalho e sua família. Procuro também considerar o atual sistema de saúde e sua interferência neste processo de adoecer/assistir, bem como tecer algumas reflexões a respeito da maneira pela qual a enfermagem tem assistido as famílias que enfrentam uma crise por uma doença coronariana e o papel das instituições hospitalares neste contexto. Estas reflexões emergem a partir da concepção de que a doença aguda é considerada não somente uma mudança física, mas uma **FORÇA** que altera e interfere no ritmo e na direção do processo de viver das famílias.*

Ao entender a problemática que envolve o ser humano o qual enfrenta uma doença coronariana, situando-o em um contexto mais amplo do que apenas o biológico, apresento uma proposta de enfermagem para assistir o "ser", traçando um novo caminho de assistência e buscando, com a família, uma maneira saudável de enfrentar uma situação de crise gerada por uma doença.

1.1- UM POUCO DE MINHA TRAJETÓRIA NA ENFERMAGEM E COMO NASCEU A PREOCUPAÇÃO COM O PACIENTE E SUA FAMÍLIA QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA.

Iniciei o meu caminho na enfermagem em 1982, quando entrei no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A partir do quarto semestre, quando iniciava o período profissionalizante do Curso, comecei a conviver com as instituições de saúde. O exercício da prática como estudante de enfermagem aconteceu, primeiramente, na área de Saúde Pública, abrangendo a assistência no pré-natal, em venereologia e imunização, com estágios em ambulatórios, em postos de saúde e em creches; posteriormente, entrando nos hospitais e atuando nas unidades de internação de adultos, pediatria, obstetrícia, centro cirúrgico e terapia intensiva.

Desde a primeira vez que entrei na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), fiquei "encantada". Não senti medo, mas uma grande necessidade e vontade de assistir os pacientes. Sentia-me útil a eles, mantendo uma relação próxima e acompanhando as suas recuperações.

A partir do sexto semestre da Graduação comecei a desenvolver estágios extracurriculares. Escolhi atuar na área hospitalar, em UTI onde permaneci estagiando durante um ano e meio. Neste período, algumas situações específicas ligadas ao mundo do hospital chamaram-me a atenção: os estudantes de medicina e os próprios médicos estudavam "patologias" na frente dos pacientes, sem informar-lhes nada; a restrição das visitas, cumprindo-se rigorosamente horários pré-determinados afastava os pacientes do convívio com seus familiares; a família, angustiada por não saber e não entender o que estava acontecendo com seu familiar, permanecia isolada nos corredores das enfermarias, nas salas de espera, nas entradas das emergências e das UTIs, quando não em desespero; a limitação física do paciente, decorrente de um diagnóstico médico de doença ou de uma terapêutica instalada, colocava-o na dependência de pessoas estranhas; e, finalmente, a falta de

privacidade dos pacientes internados. Tais situações me faziam questionar: "Como trabalhar estas questões?"

O curso de graduação propiciou-me um aprofundamento sobre os conhecimentos "técnico-científicos", trazendo um enfoque sobre a totalidade do ser humano. Entretanto, essa abordagem de humanização da assistência que se fazia explícita nas salas de aula enquanto um discurso teórico, esvaziava-se no momento de estar com os pacientes, concretizando-se nas atividades práticas durante os estágios no Hospital Universitário e em outras instituições. O ensino priorizava o desenvolvimento de habilidades técnicas e de procedimentos especializados para o tratamento da doença e disfunção.

Incomodava-me, portanto, a falta de compreensão do paciente como ser humano e a falta de atenção às famílias. Preocupava-me, também, com a atuação da enfermagem nas instituições onde os enfermeiros estavam voltados essencialmente para atividades burocráticas e administrativas, distanciados do contato com o ser humano.

Se, por um lado, percebia a difícil situação enfrentada pelos pacientes e suas famílias, por outro, percebia também como ocorriam as relações entre os profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem etc. Relações estas que se estabeleciam em função de um diagnóstico médico, da terapêutica, dos procedimentos técnicos, guiados pela impessoalidade e dirigidos tão somente para a doença e quadro clínico apresentados pelo paciente.

Após a formatura, em 1986, fui convidada a trabalhar no interior do estado, na Prefeitura Municipal, onde haviam sido implantados, na época, sete postos de saúde na periferia do município. Atuei, nestes postos, prestando assistência direta, supervisionando e fazendo reuniões de grupo com gestantes, idosos, adolescentes, diabéticos, hipertensos e alcoólatras. Permaneci, neste trabalho, um ano, o que me possibilitou refletir sobre a importância do enfermeiro neste tipo de atividade, vivenciando costumes, crenças, culturas

e valores semelhantes, desenvolvendo um trabalho educativo junto à comunidade, voltado, predominantemente, para a promoção da saúde. Surgia o início de um novo caminho em minha vida profissional e se abriam possibilidades para uma assistência globalizada e humana. Sentia-me, todavia, frustrada porque a continuidade deste trabalho dependia do interesse político do município, o qual, muitas vezes, visava o assistencialismo às comunidades, exclusivamente com o intuito de garantir as futuras eleições. Mesmo assim, foi uma experiência muito significativa em minha carreira profissional, estimulando-me a continuar em busca da realização profissional como enfermeira.

Em outubro de 1987, após prestar concurso público e ser aprovada, fui chamada para trabalhar na Unidade Coronariana do Instituto de Cardiologia, onde continuo desenvolvendo minhas atividades até o momento.

A contextualização do meu exercício profissional colocou-me em convívio com pessoas acometidas por doenças consideradas graves e que recebiam a denominação de "pacientes críticos". Através de minha observação diária e progressiva percebia que estes pacientes, internados em unidade coronariana e em unidade de terapia intensiva, apresentavam comprometimento e/ou insuficiência de órgãos vitais, desenvolvendo alterações graves nos parâmetros clínicos, levando à necessidade de intervenção imediata. Na maioria das vezes, as intervenções destinavam-se à procedimentos invasivos no corpo do paciente, como a introdução de catéteres, sondas, tubos e drenos, bem como à instalação de aparelhos e de equipamentos para a manutenção e restauração da vida. Nestas condições, os pacientes tornavam-se totalmente dependentes da decisão da equipe médica e de enfermagem, para o atendimento das suas necessidades. A família, também nesta situação, entregava a vida de seu "ente querido" nas mãos de profissionais estranhos, na esperança de que o paciente pudesse se recuperar.

Os pacientes em estado crítico com risco de vida e com possibilidades de recuperação, como os acometidos de um infarto agudo do miocárdio, têm sido internados

em unidade de terapia intensiva ou unidade coronariana, principalmente pela disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, aparelhos e outros recursos tecnológicos fundamentais para a assistência intensiva. A necessidade de observação rigorosa do paciente e de toda a tecnologia instalada, assim como a exigência de um atendimento imediato das intercorrências, tornam indispensável que o quadro de pessoal de uma unidade coronariana seja composto de profissionais capacitados, experientes e ágeis.

Compartilhando, enquanto enfermeira, do cotidiano da unidade coronariana e, portanto, do mundo do hospital, tenho consciência de que muitas instituições são inflexíveis. Não admitem pacientes de comportamento exigente, os horários de visitas são rigorosos, parecendo haver um consenso entre equipe médica e de enfermagem de que as relações dos pacientes com os familiares, no hospital, agravam o estado clínico dos pacientes. Além disso, os procedimentos invasivos e que necessitam de equipamentos são múltiplos e requerem imediatismo na sua realização, impedindo, por vezes, que o paciente seja informado sobre eles. O próprio ambiente é estressante, por haver sempre um clima de "suspense" em relação às condições dos pacientes internados e dos que vão internar. O controle da tecnologia é freqüente e a ação, muitas vezes é dirigida para os aparelhos e equipamentos, deixando o paciente para um segundo plano.

A experiência em trabalhar numa unidade coronariana aguçou ainda mais as minhas inquietações, no sentido de que estava insatisfeita como enfermeira inserida em um processo que privilegia a doença como finalidade de ensino e aprendizagem e que visa o lucro. Isto, na minha opinião, leva a uma assistência fragmentada, dirigida à doença, tanto do ponto de vista do tratamento quanto de cuidado, desvinculada cada vez mais das necessidades sociais, psicológicas e espirituais do ser humano. Acima de tudo, uma assistência com dificuldade de uma abordagem total das necessidades dos seres humanos enquanto seres sociais que produzem, relacionam-se, sentem, reagem e se expõem. Estava ainda insatisfeita com o trabalho apressado, que tinha por obrigação apenas mostrar serviços e resultados, com a falta de atenção às famílias e com a separação do paciente de

seus familiares, do convívio social e do trabalho. Concluí que tanto o paciente quanto os familiares, estavam mergulhados em um ambiente hostil, doloroso, onde na maioria das vezes o paciente perdia a identidade, experienciando sua despersonalização. Isso acontecia quando, a equipe de saúde referia-se ao paciente apenas como um número, uma especialidade médica ou uma doença. Sua história pessoal, seus valores, crenças, cultura, não eram evidenciados, nem levados em consideração. O que importava era seu "órgão" doente, seu "coração" que precisava ser tratado. Os próprios jargões do dia-a-dia hospitalar soavam-lhe estranhos, pois não faziam parte de sua rotina de vida.

Reconheço, contudo, que o avanço científico e tecnológico, presente especialmente nas unidades de terapia intensiva ou unidades coronarianas, tem contribuído para tratar as doenças que ameaçam a vida das pessoas, sendo elas as receptoras das ações necessárias para reverter o seu quadro. Recuperar a vida nestes setores representa um sucesso da equipe de saúde e a eficácia da tecnologia utilizada no tratamento. Diante da minha experiência profissional, das leituras que realizei ao longo deste período sobre o paciente crítico e das considerações referentes à unidade coronariana, no que diz respeito às características dos pacientes internados, aos recursos tecnológicos presentes e aos aspectos considerados fundamentais para a equipe de trabalho neste local, posso afirmar que a assistência prestada tem sido extremamente importante e efetiva para salvar muitas vidas.

Todavia, a percepção do afastamento do humano, do Ser, no momento de assisti-lo fazia-me refletir sobre como relacionar-me com os pacientes e suas famílias. Sentia, muitas vezes, que eles esperavam um retorno de minha parte. Por outro lado, reconhecia-me limitada a prestar uma assistência de enfermagem no âmbito da pessoa do paciente e de sua família. Mesmo com um comportamento altamente técnico, desenvolvido como enfermeira assistencial, comecei a rever e a repensar a minha prática, como também a assistência prestada ao ser humano e à população como um todo.

Entendo que vivemos numa época difícil, de transição, em que a pessoa humana, muitas vezes, não é considerada; no entanto, acredito que qualquer ação humana precisa estar orientada no sentido da valorização da pessoa e da auto-affirmação do ser. Neste sentido, Olivieri (1985, p.15) revela que "o primeiro passo para o sucesso das profissões relacionadas à saúde do homem é ter uma boa compreensão do ser humano, das suas necessidades, capacidades e desejos". Este mesmo autor aborda ainda que, nestas profissões, existe o desejo contínuo de aplicar os conhecimentos teóricos nas situações práticas que surgem para o paciente e comunidade e que, além da capacidade de comunicação para interagir com a grande variedade de seres humanos em situações diversas da vida, o profissional de saúde tem que cultivar, sobretudo, o relacionamento intersubjetivo entre ele e o paciente.

1.2- SITUANDO A DOENÇA CORONARIANA

A doença coronariana constitui atualmente uma das doenças de maior índice de mortalidade na população mundial. No mundo todo e especialmente no Brasil, ela tem se manifestado de forma bastante acentuada, devido à aterosclerose coronariana. Possivelmente também esteja associada à séria crise econômico-social que deflagra intensa precariedade nas condições de existência da população, atingindo cada vez mais pessoas de todas as idades, sobretudo jovens. Dentre estas condições precárias, destacam-se a falta de saneamento básico, nutrição, habitação, transporte, necessidade de educação ou seja, as condições básicas de sobrevivência.

As doenças graves sempre se constituíram numa preocupação, tanto para os que enfrentam uma situação destas, quanto para os que buscam o seu tratamento. Nas últimas décadas, foram marcantes os avanços científicos e tecnológicos na área de atenção ao paciente grave, especialmente com o advento das unidades de terapia intensiva no Brasil, e sua rápida difusão, como revelam Koizumi, Miyadahira & Takahashi (1986).

A UTI, segundo Simão (1976), Koizumi, Kamiyana & Freitas (1979), Anjos (1983), Dias (1983) e Gomes (1988), tem sido definida como o local onde pacientes graves e de alto risco são atendidos em sistema de vigilância contínua. A unidade coronariana, que também é uma unidade de terapia intensiva específica para o atendimento de pacientes com problemas cardíacos, originou-se em 1962 e é considerada uma ala do hospital especialmente projetada, equipada e operada por pessoal altamente qualificado, destinada a proporcionar um cuidado de qualidade aos pacientes acometidos de infarto agudo do miocárdio (Meltzer, Pinneo & Kitchell, 1987).

A vigilância contínua é fundamental nestas unidades intensivas, face à necessidade de decisões imediatas e pouca tolerância a erros de diagnóstico e de tratamento, pois os pacientes apresentam mudanças rápidas nos parâmetros clínicos, segundo Dias *et al* (1988). Diferenciando pacientes graves de pacientes de alto risco, estes autores consideram pacientes graves aqueles que apresentam comprometimento de um ou mais órgãos ou sistemas e de alto risco: os potencialmente graves. No entender de Gomes (1988), paciente grave é aquele que apresenta comprometimento importante das funções vitais e paciente de alto risco é aquele que, embora se encontre bem no momento, poderá subitamente apresentar alterações severas em suas funções vitais. Em virtude de sua capacidade de prevenir mortes súbitas, nestes grupos de pacientes, é que o sistema de cuidados coronarianos intensivos tem prestado sua maior contribuição.

Dentre as condições patológicas que podem levar o ser humano a um estado crítico ou de alto risco, destaca-se a doença coronariana. Segundo Scherr (1992), a cada ano, cerca de um milhão e meio de americanos morrem de infarto, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, e mais de 60 milhões apresentam alguma manifestação clínica. O infarto agudo do miocárdio causa a morte em aproximadamente 540 mil americanos anualmente. Quarenta por cento ou mais dos coronarianos têm como primeiro sinal ou sintoma a morte súbita, isto é, o paciente sequer consegue atendimento. Tem-se ainda que 50% das mortes na população geral e mais de

60% entre aqueles com idade superior a 65 anos são atribuídas à doença coronariana. Estes dados também são confirmados por Meltzer, Pinneo & Kitchell (1987), Lowen (1990) e Finney (1992).

Conforme estes mesmos autores, diferenças de cultura, raça, hábitos, sexo e genéticas contribuem para a formação de diversos perfis em relação ao coração. Um homem americano tem cinco vezes mais chances de morrer do coração que um japonês, pois estudos realizados entre japoneses que migraram para o Havaí ou para a Califórnia mostraram que, ao assimilar hábitos americanos, eles passaram a correr os mesmos riscos da população daqueles locais. No entanto, americanos que mudaram-se para o Japão continuaram com o mesmo alto risco por não assumirem hábitos japoneses.

Os países que estão mais avançados no controle e combate à doença coronariana e também centros dos melhores estudos são: EUA, França, Inglaterra, Austrália e Finlândia. No Brasil, a mortalidade por doença coronariana fez curva ascendente até 1970, quando apresentou discreta queda que, para alguns, relaciona-se com a melhoria na qualidade de tratamento. Segundo Scherr (1992), no Brasil, 40% da população morre na primeira hora do início dos sintomas em razão de não se possuir um sistema preventivo rápido composto de ambulâncias com paramédicos. Seus dados mostram uma mortalidade superior nas regiões do Sul e Sudeste, com São Paulo e Rio de Janeiro, equiparando-se aos 27 países mais industrializados.

Ainda segundo Scherr (1992), estudos feitos em São Paulo revelam que 39,9% das mortes súbitas foram de origem coronariana, 15,9% devido à doença vascular cerebral e 65% de doença cardíaca hipertensiva, conferindo com os números internacionais em grandes centros urbanos. Outros estudos realizados por Laurenti & Fonseca (1976), revelaram que a mortalidade por doenças cardiovasculares, no município de São Paulo, vem aumentando progressivamente, desde a década de 40, especialmente pelo estilo de vida que as pessoas vêm adotando.

Por outro lado, Pereira *et al* (1986), em um estudo de 45 pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, no período de 1981 a 1984, demonstrou que houve predomínio do sexo masculino (73,3% dos casos), a idade média foi de 58 anos e o fator de risco mais importante foi o tabagismo (71,1%). Na região Sul: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, o trabalho sobre mortalidade por doenças do aparelho circulatório desenvolvido por Prado *et al* (1987) revelou que as doenças cardiovasculares atingiram 35,7% do total de óbitos. Declarou ainda que, para os estados que compõem esta região individualmente, os percentuais de mortalidade foram respectivamente: 38,5%, 34,6% e 32,7%.

Embora as estatísticas de Pereira *et al* (1986) abordem o tabagismo como o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença coronariana, estudos mais recentes como os de Meltzer, Pinneo & Kitchell (1987) demonstraram que há uma combinação de diversos fatores envolvidos no desenvolvimento da doença cardíaca coronariana. Entretanto, parece que atualmente existe consenso que os níveis lipídicos, o colesterol elevado, seja o fator mais importante.

Existem fatores que independem do lugar onde se vive, como é o caso, por exemplo, de filhos de pais que faleceram por doença coronariana, que apresentam um risco 30% maior de ter a doença. Além de ter uma linha familiar, de alguma forma, a doença pode ser hereditária quando está associada a diabete ou a uma forma familiar de hipercolesterolemia.

Para Scherr (1992), mesmo sendo responsável por 26% das doenças coronarianas, o cigarro não é tratado, no Brasil, com o rigor necessário. É muito comum o adolescente ser fumante porque os pais o são ou porque dá *status*. Sem dúvida, trata-se de uma questão de educação, atuando como conscientizadora para a escolha dos hábitos de

vida, ou seja, a educação como um meio que ajuda o ser humano a saber o que ele quer, para que ele possa lutar por uma vida mais saudável .

Observa-se, também, que a doença coronariana está relacionada com a crise sócio-econômica do país, pois as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% do total de mortes (aproximadamente 300 mil brasileiros por ano). O Ministério da Saúde estima que, em 1991, elas foram a primeira causa de morte da população brasileira, correspondendo à perda de cerca de 1,3 milhão de anos de vida. A crise sócio-econômica que assola o país gera nas pessoas tensão e ansiedade, pela falta de condições para o atendimento das suas necessidades básicas, provocando má qualidade de vida.

São os países economicamente mais desenvolvidos que organizam campanhas de prevenção e colhem os melhores resultados. Os americanos, no entender de Scherr (1992), que raciocinam sempre com custo e benefício, investem muito em prevenção, pois sabem que tratar é mais dispendioso.

Não é somente a espantosa mortalidade que faz da doença coronariana um problema de proporções enormes, mas também o fato de que ela invalida milhões de outras pessoas, em todas as fases da vida. Ou seja, uma doença séria nunca é um evento isolado, mas sim está relacionado com o estilo de vida da pessoa. Além disso, por ser um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, esta doença provoca uma desorganização severa não somente para o indivíduo que a experencia, mas também, para os seus familiares, comprometendo o processo de viver da unidade familiar.

Não se pode negar que, com a evolução tecnológica e o advento das unidades coronarianas e unidades de terapia intensiva, a chance de sobrevivência destes pacientes aumentou significativamente, principalmente pelos procedimentos de monitorização contínua e pronto atendimento.

Embora estas considerações reflitam a importância destes setores, faz-se necessária uma conscientização quanto à importância do desenvolvimento de ações educativas que consigam despertar nas pessoas a necessidade de evitar os fatores de risco, mudando hábitos de vida e adquirindo um repertório maior de respostas fortificadoras.

\\ Apesar das evoluções tecnológicas e dos grandes investimentos para as pesquisas no campo da saúde, indispensáveis para melhorar a expectativa das pessoas que enfrentam uma doença coronariana, pouco se tem feito para atuações ao nível de promoção da saúde. Com isso, a grande maioria da população procura os hospitais para tratamento e cura de doenças em detrimento da falta de compreensão de seus próprios potenciais para a saúde. Entendo, não obstante, que as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem somente à determinada doença, mas servem para ampliar as perspectivas do ser humano para obter uma existência mais saudável. São medidas que visam promover o bem-estar nas pessoas e a sua auto-realização. Isto é possível à medida que se vivencia a educação, compartilhando com o ser humano sua visão de mundo e trabalhando com ele em direção a objetivos mútuos em saúde.

1.3- O SISTEMA DE SAÚDE, AS INSTITUIÇÕES E O PAPEL DO PROFISSIONAL

Mas qual é então o papel do Sistema de Saúde neste processo? Como ele interfere na promoção da saúde da população?...

Fazendo uma retrospectiva dos últimos dez anos, com a criação do Sistema Nacional de Saúde e Assistência Médica, assinalou-se o processo de unificação do setor saúde em nível Federal. Em 1978, surgiram propostas para a substituição do modelo de assistência médico-hospitalar vigente. Uma das tentativas mais recentes, articulada junto ao Ministério da Saúde e Previdência e com as Secretarias Estaduais de Saúde, encontra-se incluída no documento das AIS (Ações Integradas de Saúde), que veio operacionalizar, em

1984, o Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária). O Programa AIS nasceu como um programa constitucional do INAMPS e passou a ser assumido pelos demais ministérios e secretarias estaduais de saúde. Estes programas viabilizaram o compromisso assumido pelo governo brasileiro junto às agências internacionais de saúde, com o objetivo de adotar a estratégia dos cuidados primários de saúde para alcançar a meta "saúde para todos no ano 2000". Embora exista a posição de que a erradicação da pobreza do mundo é necessária à segurança dos países ricos, pois significará a expansão dos mercados consumidores de seus produtos, este argumento não é facilmente aceito pelos países industrializados que relutam em abrir mão de privilégios há tanto tempo desfrutados.

Em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, viabilizou-se o processo de reforma sanitária com o objetivo principal da criação de um Sistema Único de Saúde, que contemplasse uma progressiva estatização do setor e a universalização do atendimento, decorrentes do reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Com a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, buscou-se avaliar e propor os avanços em direção a Reforma Sanitária, as dificuldades e entraves e a busca de caminhos para a construção do Sistema Único de Saúde. Embora as propostas e os objetivos desta Conferência fossem fundamentais para garantir uma assistência integral a toda a população, o sistema de saúde vigente ainda permanece muito deficiente e fragmentado, não correspondendo às reais necessidades da população. O hospital é o local mais procurado pelas pessoas para tratar seus problemas de saúde, porque o sistema de saúde permanece carente, sem recursos físicos e materiais, inclusive com acentuada escassez de pessoal e de programas educativos realmente comprometidos com os anseios da população.

Como consequência desta situação, os hospitais ficam superlotados, dificultando ainda mais o acesso da população ao atendimento necessário. Além disso, os hospitais também sofrem com o descaso das autoridades governamentais, que não conseguem manter nem mesmo os medicamentos e materiais básicos utilizados nas

instituições, quer seja pela falta, quer pelo desvio de recursos para outros interesses, comprometendo cada vez mais as condições de existência da população brasileira.

A instituição hospitalar tem sido privilegiada, por um lado, como um local específico para o exercício de um conjunto de práticas em saúde, configurando uma tecnologia do processo de trabalho dos profissionais de saúde, que na sua singularidade exige dos enfermeiros respostas individuais e coletivas ao lidar cotidianamente com a doença e a morte. Por outro lado, tem sido um lugar de trabalhadores diversificados: enfermeiros, médicos, auxiliares, técnicos, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas entre outros, para atender pessoas frequentemente, em situações dramáticas do seu processo saúde/doença, dada a complexidade dos serviços de que dispõe. É também o local preferencial onde o avanço científico e tecnológico exhibe seus produtos, através de técnicas sofisticadas e requintados equipamentos, desejáveis como reflexo do desenvolvimento da sociedade.

Entendo que o hospital não pode ser visto apenas como um arcabouço de estruturas de concreto, mas sobretudo, deve ser formado por seres humanos que fazem parte deste meio e se relacionam em condições adversas. Um mundo que possui características internas próprias é influenciado e influencia o processo de viver da sociedade. Portanto, o hospital precisa se constituir no elo entre o ser humano e a sociedade, buscando atender as necessidades da população e não ser apenas identificado como um local desagradável onde se internam pessoas doentes, afastando-as do convívio social. É necessário que se veja o hospital como um mundo preocupado e atuante com o processo saúde/doença desta sociedade.

Embora os hospitais sejam locais de alta concentração de tecnologia, tendo condições, teoricamente, de oferecer uma assistência de qualidade, muitos dos profissionais que neles trabalham se mantêm distantes e isolados dos pacientes. Na internação, são feitos registros, verificação de vaga hospitalar e, em seguida, a pessoa é conduzida para a UTI ou

enfermaria, seguindo-se rigorosamente a rotina hospitalar, evitando-se enterrar seu processo "natural". Da pessoa, espera-se que se comporte como "paciente", isto é, deixe-se conduzir para o setor e leito que lhe foram determinados, deixe-se despir e permita que lhe examinem e lhe "tratem". Se não falar, não reagir, não perguntar e responder somente o que lhe é perguntado, estará colaborando com a equipe hospitalar.

Outro fator que também contribui para a desestruturação e aumento da ansiedade do paciente é a divisão do trabalho e da atenção que lhe é dispensada desde a internação até a alta hospitalar. Muitas vezes ela é necessária ao hospital, mas acaba por criar novos problemas ao paciente que se considera fragmentado. Cada profissional considera uma de suas partes e poucos o vêem como um todo. O ser humano tem sido frequentemente esquecido nos hospitais.

A abordagem quase que exclusivamente física da doença, tanto na assistência aos pacientes e suas famílias, muitas vezes ignoradas, quanto na formação do pessoal da área hospitalar, na estrutura administrativa hierarquizada, rígida e autoritária, na sobrecarga e no retalhamento da assistência cria um meio de trabalho que não permite ao profissional despojar-se de seus preconceitos e comportamentos estereotipados para interagir com os pacientes.

Ao refletir sobre essas considerações, pergunto-me: Onde está a humanização da assistência? ... parece não existir. Ninguém se interessa em saber onde aquela pessoa trabalha, se tem família, se tem problemas com relação ao seu sustento, quais são seus sentimentos e como a equipe pode contribuir para ajudá-la verdadeiramente a enfrentar esta situação. Espera-se, simplesmente, que ela se comporte "bem", para não prejudicar a rotina e os objetivos estabelecidos, que seja uma pessoa anônima e passiva, sem nada questionar ou reivindicar.

Tenho refletido, ainda, sobre outros aspectos relacionados ao pessoal dos hospitais, sobretudo ao fato de estarem preocupados com ações imediatas, não lhes sobrando tempo para pensar e falar. Ademais, preocupar-se com a pessoa humana, "ser humano", parece não interessar à organização hospitalar, alegando perda de tempo. O que interessa é o número de exames, de atendimentos e de procedimentos, porque o lucro é mais importante para garantir a manutenção de um sistema de saúde injusto e conflituoso. Assim sendo, o pessoal hospitalar é levado a tratar os pacientes de maneira impessoal e alienada.

O paciente e sua família desejam e precisam de um relacionamento envolvente e significativo com as pessoas do hospital e isso geralmente não acontece. Muitas vezes o paciente não sabe nem mesmo distinguir as pessoas que se apropriam de seu corpo e quais são suas funções, o mesmo acontecendo com seus familiares. Diria ainda que, no hospital, existe o anonimato de quem cuida e é cuidado, ou seja, o paciente não sabe o nome de ninguém e ninguém sabe o seu.

A enfermagem vem sendo influenciada por todo este sistema deficiente e contraditório, pois continua a reproduzir o modelo biomédico, permanecendo subordinada à ideologia político-social dominante. Este conflito, no meu entendimento, é influenciado por diversos fatores. Um deles é o estresse acentuado, provocado pelo trabalho de enfermagem, devido a sua desvalorização e remuneração injusta, tanto financeiramente, levando muitas vezes o enfermeiro a criar estratégias de sobrevivência, quanto na execução do trabalho de enfermagem predominantemente por mulheres que são também donas de casa e porque o trabalho de enfermagem traz ainda consigo muitas semelhanças com o trabalho doméstico. Como consequência disso, o enfermeiro excede suas horas de trabalho diário. Esta jornada cansativa dificulta seu lazer, seu descanso, cuidado pessoal e o seu desenvolvimento cultural, além da insegurança e ansiedade intensa gerada pela manutenção das necessidades da sua família.

A falta de autonomia da profissão é outro fator que influencia a prática de enfermagem, pois as decisões sobre suas ações ficam a cargo da ideologia político-social dominante. Esta condição gera angústia e ressentimentos nos profissionais, que acabam por desenvolver um processo de trabalho acrítico, fragmentado e carente.

Outro fator diz respeito à interferência de um meio físico hospitalar mal planejado e equipado, expondo excessivamente os profissionais a situações insalubres (manipulação de substâncias químicas e biológicas, além de objetos contaminados, com riscos de acidentes, radiações, queimaduras, alergias e intoxicações), acarretando desperdício de tempo e energia, desorganizando os horários de refeições, descanso e higiene e provocando insatisfação às suas próprias necessidades.

A própria manipulação da indústria e do comércio, que tentam transformar a prática de enfermagem em um agente favorecedor de consumo de materiais e de tecnologias, é outro fator que interfere na prática do profissional. Os novos lançamentos nem sempre favorecem suas ações e nem sempre são economicamente acessíveis, geram insatisfação e frustração pelo consumo de uma mercadoria enganosa.

O último fator refere-se à atuação do enfermeiro sob intensa tensão devido à multiplicidade de procedimentos superpostos e repetitivos, exigindo atenção contínua e movimentos rápidos e delicados para atender as numerosas e inesperadas solicitações. Além disso, a falta de integração com a equipe multidisciplinar e as incongruências entre as expectativas e realidades experienciadas, aliadas à falta de oportunidade de educação continuada e à falta de reconhecimento da profissão, distanciam as perspectivas de realização pessoal das de profissional, acarretando descrença e desesperança dos profissionais e dificultando o seu processo de evolução.

Diante destes argumentos e de muitas frustrações, é que a enfermagem não tem sido exercida em toda sua extensão, pois não consegue atuar como uma profissão verdadeiramente comprometida com a melhoria da compreensão de saúde da população.

No meu entendimento, a assistência de enfermagem que configura a profissão como autônoma, garantindo seu espaço, tem cedido lugar a outras atividades e, portanto tem sido prestada de modo fortuito ou não tem sido prestada. Na prática, a divisão do trabalho entre os integrantes da equipe de enfermagem constitui-se num grande problema. A assistência direta tem sido delegada ao pessoal técnico e auxiliar e, possivelmente, esta seja a maior insatisfação na equipe de enfermagem. O enfermeiro, por sua vez, concentra suas atividades principalmente no âmbito de funções administrativas as quais vão ao encontro dos interesses da organização, pois o mantém como controlador do pessoal de enfermagem e da circulação de mercadorias.

Contudo, se o enfermeiro exerce, por força das circunstâncias, funções administrativas, acredito que é fundamental que ele, neste exercício, empregue todo o seu potencial para a realização de um trabalho com a população e, ao mesmo tempo, seja um instrumento de sua realização profissional e não meramente um repassador da ideologia dominante.

Como consequência de toda esta problemática, a enfermagem continua desenvolvendo uma prática fragmentada, acrítica, visualizando o ser humano em partes e fora de seu contexto social, principalmente nas instituições hospitalares. O atendimento de enfermagem ao paciente que apresenta uma doença coronariana é padronizado, rotineiro, estruturado e desenvolvido para todos que apresentam este tipo de problema. Exemplificando: questiona-se o paciente e sua família sobre quando começou sua dor, como ela é, se há mais alguém na família com este problema, se toma algum medicamento. Verificam-se os sinais vitais, monitoriza-se, faz-se um eletrocardiograma (ECG) e administra-se medicação adequada. A seguir orienta-se o paciente, num sentido vertical,

unilateral, onde a "palavra sábia" do enfermeiro se faz presente durante todo o momento, quer seja durante a internação do paciente no hospital ou sua alta para casa. O enfermeiro, a todo instante, tenta transferir seu saber erudito.

Todos esses procedimentos são importantes, devem fazer parte do trabalho do enfermeiro, mas não devem ser realizados de forma padronizada e mecânica. Esse trabalho precisa ser humanizado, inteiro, respeitando profundamente as características e os direitos de cada ser humano. O enfermeiro deseja ajudar as pessoas com problemas de saúde, ensinando-lhes como cuidar dela, porém sentindo e agindo como detentor de um saber técnico.

Sem dúvida, os objetivos do agir e do educar do enfermeiro são permeados de bons propósitos com objetivos definidos e metas a serem alcançadas. Todavia os resultados são conflitantes, pois a prática se desenvolveu num clima desumanizante, de forma alienada e alienante. É fundamental rever a metodologia tradicionalmente empregada a fim de que ela seja realmente um veículo transformador de experiência ao ser humano, que o faça ressurgir de sua consciência não reflexiva, espontânea, para uma consciência reflexiva e criadora. A partir daí, entendo que é possível alcançar uma compreensão mais ampla da crise na família, provocada por uma doença coronariana e ver com lucidez e criticidade que as famílias não podem ser "objetos" mas "sujeitos" da arte de educar.

Busco, nestas reflexões, provocar ponderações dos profissionais desta área no sentido de contextualizar as dificuldades que envolvem a profissão e, talvez, despertar nestes a vontade e o interesse em alterar este quadro, desenvolvendo trabalhos que estejam preocupados e comprometidos com os anseios da população. Ou, dito de outro modo, alterar esse quadro caótico da profissão através de um esforço conjunto para o desenvolvimento de uma nova percepção de assistência, alimentada por uma atitude criativa e pela disponibilidade para deixar emergir as possibilidades de cada profissional.

1.4- UMA PROPOSTA PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE E SUA FAMÍLIA QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA

Do conhecimento da problemática que envolve a enfermagem/enfermeiro, surge a possibilidade de vislumbrar uma luz através de uma prática educativa e humanizante, que percebe a realidade e compartilha saberes e práticas na busca de um melhor existir. O enfermeiro, enquanto educador-educando, é capaz de (re)criar e refletir sobre sua prática a fim de influenciar as pessoas a fazerem suas escolhas em saúde, transformando-se a si próprio e aos outros. Isto, ao meu ver, é uma arte. E a essência de trazer a arte para a prática da vida diária do enfermeiro reside em "aprender a ouvir a voz interior". Uma voz que, muitas vezes, manifesta-se em um único momento, no qual ocorre a convergência de uma rica pluralidade de fontes e direções, que dá a sensação de certeza sobre qual caminho escolher. Esse talvez, seja o maior desafio da vida: trazer essa percepção para o cotidiano (Nachmanovitch, 1993).

Minhas inquietações em relação à abordagem do paciente e sua família, levaram-me a indagar: "como encontrar um caminho que me possibilitasse a compreensão desse paciente e sua família nesta circunstância, ou seja, que experenciam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida (doença coronariana)?" No entender de Lowen (1990, p. 166), "simbolicamente o ataque do coração é como a reação de pânico que ocorre quando um impulso para fugir, ou soltar-se, para ir em busca de amor e para se abrir, torna-se forte o suficiente para desafiar a aparente segurança do *status quo*." Ou, dito de outro modo, por compreender que o coração representa o centro da vida, não bate simplesmente como um relógio, automático, mas recebe influência do emocional, pois para este autor as emoções são a vida do corpo.

Durante o Mestrado, diante da apresentação de minhas inquietações, surgiu-me a possibilidade de utilizar a Teoria da Crise para o desenvolvimento de uma nova proposta de assistência. A Crise, entendida não mais como um "jargão técnico" ou "rótulo", mas

como um fenômeno que combina ameaça com oportunidade, por meio do qual, ao mesmo tempo que o paciente e sua família podem estar dramaticamente influenciados pelos seus efeitos negativos sobre sua saúde, são capazes de mobilizar suas forças e habilidades de enfrentamento e buscar suporte situacional. A teoria permite o envolvimento do enfermeiro e de outros profissionais para ajudar a família a compreender a crise como uma verdadeira oportunidade de crescimento. Isto é, a habilidade da família usar uma situação de crise ou uma experiência traumática construtivamente. Portanto, a crise não é vista como doença, e sim, como uma alteração profunda no processo de viver do ser humano.

A opção pela Teoria da Crise possibilitou-me construir um marco conceitual, constituindo-se dos conceitos de ser humano/família/grupo, crise, meio, saúde-doença, enfermagem-enfermeiro e percepção, os quais serviriam de guia para o desenvolvimento da prática assistencial. Vislumbrei, então, um caminho para responder às minhas inquietações e interrogações acerca do paciente e sua família que experenciam uma situação de crise.

Apesar de poucos trabalhos existentes nesta área, tive a oportunidade de entrar em contato com estudos que procuraram incluir os familiares na assistência de enfermagem junto aos pacientes de unidade de terapia intensiva. Um deles foi a dissertação de mestrado de Felisbino (1990) cujo o enfoque maior do trabalho foi para a participação da família no cuidado do paciente de terapia intensiva, utilizando a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. O outro, de Grüdtner (1991), refletia sobre as emoções vivenciadas pelos familiares de pacientes de terapia intensiva. Além destes, busquei especialmente autores que desenvolveram e trabalharam a Teoria da Crise, como Caplan (1980), Haber (1982), Clements (1983), Aguilera & Messick (1986), Hoff (1989) e Taylor (1992). De autores que têm estudado a crise oriunda de um evento súbito, inesperado e que ameaça a vida (doença coronariana) como Geissler (1984), Williams & Aguilera (1988), Gillis (1989), Dhooper (1990), entre outros.

Deste modo, a partir do entendimento da Teoria da Crise como uma maneira de compreender a experiência humana através da reflexão, emergiu a possibilidade de um trabalho que me auxiliasse a compreender e assistir o paciente e sua família e/ou grupos que experenciam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida através de uma relação mais humana com estes, desde o momento da internação do paciente em uma unidade coronariana, seguindo, posteriormente, para as enfermarias e domicílio; sobretudo, trabalhar com as famílias transformando a situação de doença, considerada como um evento extremamente traumático, em uma oportunidade para o crescimento e enriquecimento do seu processo de viver.

Entendo que precisamos olhar realmente o significado que as coisas têm para as pessoas, ou seja, o seu mundo. Penso que os profissionais de saúde precisam compreender o ser humano, especialmente nesta situação de crise que estão vivenciando - ser humano/família/grupo - e, para isto, eles esperam muito da ação profissional. Compartilhando deste pensamento, Olivieri (1985, p. 32), destaca que "é primordial ter consciência de como o doente é afetado pelo que se faz ou pelo que se fala, ou ainda, pelo que se não informa". Assim sendo, concluo que o profissional de enfermagem não deve pensar em termos de doença, mas em termos de um ser humano que está presente diante dele, de um ser na facticidade de uma doença, que necessita de uma assistência pessoal e especial (de forma envolvente e significativa).

Acredito que a ciência e a tecnologia (principalmente nas unidades de terapia intensiva e coronarianas) não podem estar separadas nem do ser humano que vivencia a doença, nem dos princípios éticos. Weil (1993, p. 87) ressalta, neste sentido, que "se queremos salvar a vida neste planeta e temos pouco tempo para isto, precisamos mais do que nunca colocar a ciência e a tecnologia a serviço da ética e dos valores universais".

Nesse engajamento da enfermagem ao processo de transformação de uma experiência em saúde/doença, é que busquei desenvolver um trabalho educativo/assistencial

que potencializasse as forças naturais da família e do grupo e que ajudasse-os a desenvolver outras, estimulando-os a compreender a crise por uma doença súbita como uma verdadeira possibilidade de crescimento.

2 - CONSTRUINDO A SUSTENTAÇÃO DA PROPOSTA PARA ASSISTIR A FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA

Como parto do pressuposto que a doença aguda gera uma situação de crise, não somente para o indivíduo mas para toda a sua família, neste capítulo, além de considerar as necessidades dos pacientes de UTI e de unidade coronariana, e de ressaltar os aspectos principais da doença cardíaca coronariana, exemplificando com relatos da prática assistencial, procuro fazer ainda uma ampla abordagem das diferentes visões dos autores sobre o conceito "crise" e da Teoria e Intervenção na crise, como ela pode contribuir a nível individual e coletivo.

A partir daí, procuro refletir e considerar a crise na família atingida por uma doença, suas principais necessidades e como ela pode ser fonte natural de suporte aos seus membros.

Com esta exposição, espero que o profissional de enfermagem "caminhe junto" com as reflexões e descubra que, mesmo em situações difíceis de crise, a enfermagem pode (re)criar para assistir famílias e grupos de forma mais humana e integral, ajudando-os a crescer através de uma situação de crise.

2.1- PROBLEMAS E NECESSIDADES DOS PACIENTES DE UTI E DE UNIDADE CORONARIANA

Há muito tempo as ligações entre o corpo e a mente são conhecidas e, "para podermos compreender as causas da doença cardíaca, precisamos entender as complexas emoções do corpo humano e que os sentimentos, sensações e pensamentos influenciam o desenvolvimento das doenças cardíacas" (Lowen, 1990, p.31). Atualmente, aceita-se, cada vez mais, que as doenças cardíacas estão relacionadas às atitudes e padrões de comportamento da pessoa. Para este mesmo autor, que tem trabalhado com muitos casos de doença cardíaca, a pessoa que tem o coração aberto ao amor possivelmente não terá doenças das coronárias.

Esta questão tem despertado meu interesse, pois acredito que o enfermeiro tem um papel fundamental junto às famílias que experenciam uma doença crítica em um de seus membros, no sentido de desenvolver ações em busca da mobilização de suas forças e estratégias de enfrentamento positivas, a fim de que as famílias possam alcançar a rápida reintegração social. Também entendo que o enfermeiro precisa ter conhecimento fisiopatológico da doença coronariana, seus sinais e sintomas, para que possa prestar assistência diretamente voltada para as necessidades físicas do ser humano. No entanto, ao mesmo tempo em que estes cuidados estão sendo prestados, o enfermeiro está compartilhando amor, energia, saberes e práticas com o outro, contemplando a totalidade na qual a pessoa está inserida.

Koizumi, Miyadahira & Takahashi (1986), ao analisarem as pesquisas de enfermagem em terapia intensiva, mostraram um crescimento quantitativo das pesquisas nesta área, nas publicações estrangeiras. Por outro lado, no Brasil, dentre as pesquisas na área médico-cirúrgica, as relacionadas às unidades de terapia intensiva (UTIs) constituíram-se em minoria. Esta análise mostra, também, que as pesquisas de enfermagem em terapia intensiva mantêm-se utilizando conhecimentos exclusivamente da área biológica, sendo que,

destas, a maioria se apóia no corpo de conhecimentos médicos. Os temas referem-se aos procedimentos de enfermagem ou terapêuticos e avaliação de parâmetros fisiológicos, sendo a "percepção dos pacientes hospitalizados e dos seus familiares" muito pouco pesquisada. Os resultados evidenciam que, embora a manutenção das funções vitais seja a prioridade das necessidades físicas do ser humano e também do tratamento intensivo, são mais expressivos os problemas sentidos pelos pacientes e, principalmente, as suas expectativas quanto à assistência de enfermagem.

Dentre os principais problemas experienciados pelos pacientes agudos graves recuperáveis, destacam-se, no estudo de Koizumi, Miyadahira & Takahashi (1986): a separação da família, os procedimentos de manutenção da respiração pelos quais são submetidos e o fato de estarem em ambiente desconhecido e agressivo. As principais expectativas em relação aos cuidados foram: atenção individualizada, observação constante, pronto atendimento, fornecimento de informações sobre o estado geral e o tratamento e administração de medicamentos.

Apesar de ser considerado o local ideal para o atendimento de pacientes agudos graves recuperáveis, nota-se um paradoxo em relação à percepção do paciente sobre a UTI segundo os autores. Para Padilha (1987), a UTI pode ser percebida pelos pacientes como local seguro, principalmente, pela presença constante de médicos e enfermeiros. Para Barbato *et al* (1982), também, esta unidade atua como um elemento tranquilizador, face à importância da atenção contínua e da tecnologia ali existente. Por sua vez, Luz (1984) orienta que a UTI é o local ideal para pacientes agudos graves recuperáveis por reduzir de 40% para 15% a mortalidade observada na maioria dos centros. No entanto, nos dizeres de Lopes (1972) e Koizumi, Kamiyana & Freitas (1979), a UTI parece oferecer aos pacientes um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital.

Estudando o comportamento e as necessidades dos seres humanos acometidos por doença arterial coronariana, Rankin (1992) afirma que os mesmos apresentam raiva,

hostilidade, ansiedade, depressão, situações estressoras na vida, problemas no casamento, presença ou ausência de suporte social e distúrbios do humor. Estas considerações mostram que, além das alterações físicas provocadas pela doença, as repercussões emocionais são severas, alterando a vida destas pessoas, desorganizando a família e interferindo no seu processo de reintegração social.

Por outro lado, Lowen (1990), abordando os efeitos do estresse sobre o coração e os tipos de pessoas mais vulneráveis a doenças do coração, observou que não apenas o coração, enquanto órgão, tinha um desequilíbrio, mas algo no modo como sentiam, pensavam e agiam, também estava desorganizado. Observou que os coronarianos manifestavam expressões faciais semelhantes, gestos corporais e verbalizações parecidas. Apresentavam ainda: músculos tensos no queixo ou tremor dos joelhos; punhos cerrados durante conversas habituais; ranger de dentes; movimentos corporais rápidos; fala acelerada e impaciência com o ritmo lento dos outros para falar. Estas pessoas também se irritavam facilmente; eram muito competitivas e manifestavam uma necessidade premente de vencer; sustentavam opiniões fixas com raiva, não podiam tolerar a inatividade; e andavam e comiam muito depressa.

No entender de Lowen (1990), as cargas emocionais das quais as pessoas se queixam, são agentes estressantes tão poderosos quanto as cargas físicas, e agem de um modo muito parecido. Para este autor, pode-se suportar muito bem certa medida de estresse; contudo, quando essa carga é incessante e se cronifica, passa a ser prejudicial, provocando o que o autor chama de distresse.

O estudo de Reichle (1975) sobre estresse psicológico no cuidado intensivo, mostra que, por ser uma área de grande dinamismo para os profissionais que nela atuam, onde há constante circulação de pessoas, a solicitação freqüente de exames e métodos de tratamento tendem a levar o paciente a um desgaste físico e emocional. Nesta situação, o paciente tem dificuldade em adaptar-se às novas situações, intensificando, com isso, os

conflitos e aumentando a ansiedade. Salienta ainda que, o simples fato de existirem os termos "cuidados intensivos" ou "cuidados críticos", é capaz de provocar sobrecarga emocional e trazer à consciência situações emocionalmente negativas. Dentre os fatores considerados agressivos ao paciente de UTI, destacam-se: as conversas ao seu redor, o uso de linguagem técnica, a presença de outros doentes graves, os ruídos contínuos dos aparelhos e equipamentos, o desconhecimento do ambiente e o afastamento dos familiares. A internação em UTI significa, para o paciente e sua família, uma piora das suas condições físicas, colocando-os em proximidade com a morte.

A necessidade de cuidados e controles freqüentes, na opinião de Padilha (1987), faz da UTI um dos locais onde as atividades são contínuas durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, acrescida de barulho monótono e constante dos monitores e respiradores, às vezes interrompido pelo soar dos respectivos alarmes de segurança. A falta de ambiente favorável ao sono, ocorrências de cenas dramáticas de pronto atendimento, como por exemplo, procedimentos de reanimação cárdio-respiratória, o contato com outros pacientes graves e de isolamento são alguns dos fatores ambientais prejudiciais à estrutura psicológica do paciente quando internado em unidades intensivas, citados por Koizumi, Kamiyana & Freitas (1979). Por sua vez, Ciosak & Sena (1983) acrescentam outros fatores prejudiciais ao estado psicológico dos pacientes internados em UTI: a ausência de privacidade física, aparelhos que os pacientes não entendem, pessoal desconhecido, instabilidade econômica e emocional dos familiares, falta de confiança no pessoal que presta assistência, falta de informação sobre os cuidados recebidos, perda de identidade e da noção de tempo e de espaço e comentários impróprios feitos pela equipe sobre o estado dos pacientes.

No estudo referente a problemas psicológicos, sociais e espirituais dos coronariopatas internados em UTI, Barbato *et al* (1982) concluem que os problemas mais freqüentes apontados pelos pacientes são: falta da família, solidão, angústia, medo de morrer, medo de exames e de cirurgias, preocupação com o trabalho e necessidade de ser esclarecido sobre a doença. Daley (1984), também abordando estes aspectos do paciente,

salienta que ele não pode suportar por muito tempo o isolamento, pois a doença é um evento extremamente estressante para o ser humano. O autor ressalta, ainda, que o paciente precisa ser atendido em suas necessidades pessoais, de suporte e ventilação, sendo essencial para o atendimento do paciente ser considerado como membro de uma família a fim de ajudá-lo a enfrentar o "pânico" da doença. Neste sentido, Lowen (1990, p. 48) revela que "nada é mais essencial no tratamento de uma doença séria do que liberar o paciente do pânico e dos pressentimentos que este sente quando é informado de alguma enfermidade grave".

Gaglione (1984), também preocupada com o paciente que enfrenta uma doença crítica e que necessita de internação em uma unidade coronariana, destaca como problema: restrição dos pacientes aos leitos com grade; limitação do contato com o paciente pela monitorização de alarmes e linhas intra-venosas; cautela na comunicação com o paciente; vozes "abafadas", luzes obscuras e privacidade impossível; ansiedade relacionada ao evento da doença; o ambiente e a separação de seu sistema de suporte primário - a família.

Procurando demonstrar estatisticamente diferenças na valorização dos problemas indicados pelos enfermeiros e pacientes de UTI, Kimura (1984) observa que os problemas mais importantes dos pacientes são relativos à família, à dor, à atividade e recreação. Por sua vez, os enfermeiros identificaram como problemas prioritários para os pacientes os relativos à dor, sondas, drenos, catéteres e ao ambiente. Observou, também, que os pacientes não são influenciados pelos procedimentos invasivos a que são submetidos; todavia, em relação aos enfermeiros, identificou que estes são influenciados pela quantidade dos procedimentos agressivos, valorizando diferentemente os problemas dos pacientes em função destes.

Portanto, o ambiente de UTI é assustador para os pacientes, os quais sofrem uma ruptura de sua independência e autonomia, bem como do seu ritmo biológico, produzindo distúrbios, tais como: distorção perceptual, comportamento confuso e

experiências negativas. Autores como Wingarden & Smith (1988) recomendam que o paciente deve ser tratado como um ser cognitivo e participante, oferecendo-lhe informações sobre seu estado clínico, sobre o tratamento, entre outros, assim como propiciar-lhe ambiente adequado para o repouso.

No que se refere à necessidade de intervenção imediata a partir do período de internação hospitalar, Wiggins (1989), destacou os seguintes problemas apresentados pelo paciente no seu processo de reabilitação: sentimento de abandono na alta hospitalar; o medo e a depressão combinados com a falta de informação; depressão após o retorno ao domicílio; limitação das atividades; excesso de proteção familiar; adoção de um papel de doente por medo de um novo episódio; questões que o cônjuge não consegue responder e que geram conflito subsequente e espera prolongada pelo cardiologista. Talvez aí resida a importância de se desenvolver um trabalho que se estenda ao domicílio, a fim de minimizar esses efeitos e possibilitar que o paciente e sua família obtenham uma vida mais saudável.

2.1.1- A DOENÇA CARDÍACA CORONARIANA

Para discorrer sobre a fisiopatologia da doença coronariana, utilizei os estudos dos seguintes autores: Assad (1985), Meltzer, Pinneo & Kitchell (1987), Chung (1988), Rippe (1990) e Alpert & Rippe (1991).

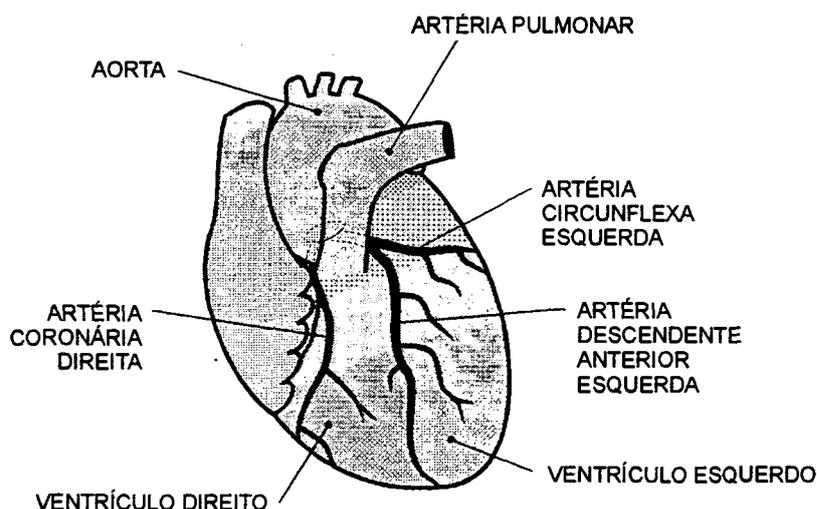
As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortalidade, de aposentadoria por invalidez e de licença temporária de trabalho. Entre elas, a de maior incidência é a doença arterial coronariana, causada pela irrigação sanguínea insuficiente do coração pelas artérias coronárias. Este fato está diretamente relacionado ao grau de obstrução sanguínea pelas placas ateroscleróticas, formadas pela deposição constante de gordura e colesterol. Essa obstrução pode apresentar diferentes manifestações clínicas, variando desde sintomas como dor no peito (angina), passando pelo infarto do miocárdio (obstrução da artéria coronária), até a morte súbita.

Antes de abordar o que é o infarto do miocárdio, penso ser importante fazer uma rápida revisão sobre as artérias coronárias, pois estas são a única fonte de suprimento sanguíneo do miocárdio. Qualquer alteração significativa no fluxo sanguíneo através destes vasos, pode prejudicar toda a função do miocárdio, gerando sérias consequências.

As duas artérias coronárias, à esquerda e à direita, originam-se da aorta, logo acima da válvula aórtica. A artéria coronária esquerda se divide em dois grandes ramos: a artéria descendente anterior esquerda e a artéria circunflexa esquerda.

A artéria descendente anterior esquerda irriga a maior parte da parede anterior do ventrículo esquerdo (VE), a porção anterior do septo interventricular, bem como a parede anterior do ventrículo direito (VD). A artéria circunflexa esquerda irriga a parede lateral do VE e do átrio esquerdo (AE). A artéria coronária direita irriga todo o átrio direito, a parede lateral e posterior do VD, a parede posterior do VE e a porção posterior do septo interventricular. Estas artérias percorrem toda a superfície externa dos ventrículos e dão origem a numerosos ramos que penetram em todas as partes do coração. As ramificações terminais destas artérias possuem numerosas interconexões, que formam extensa rede vascular através do miocárdio, como mostra a FIGURA 1.

Figura 1: A circulação coronariana

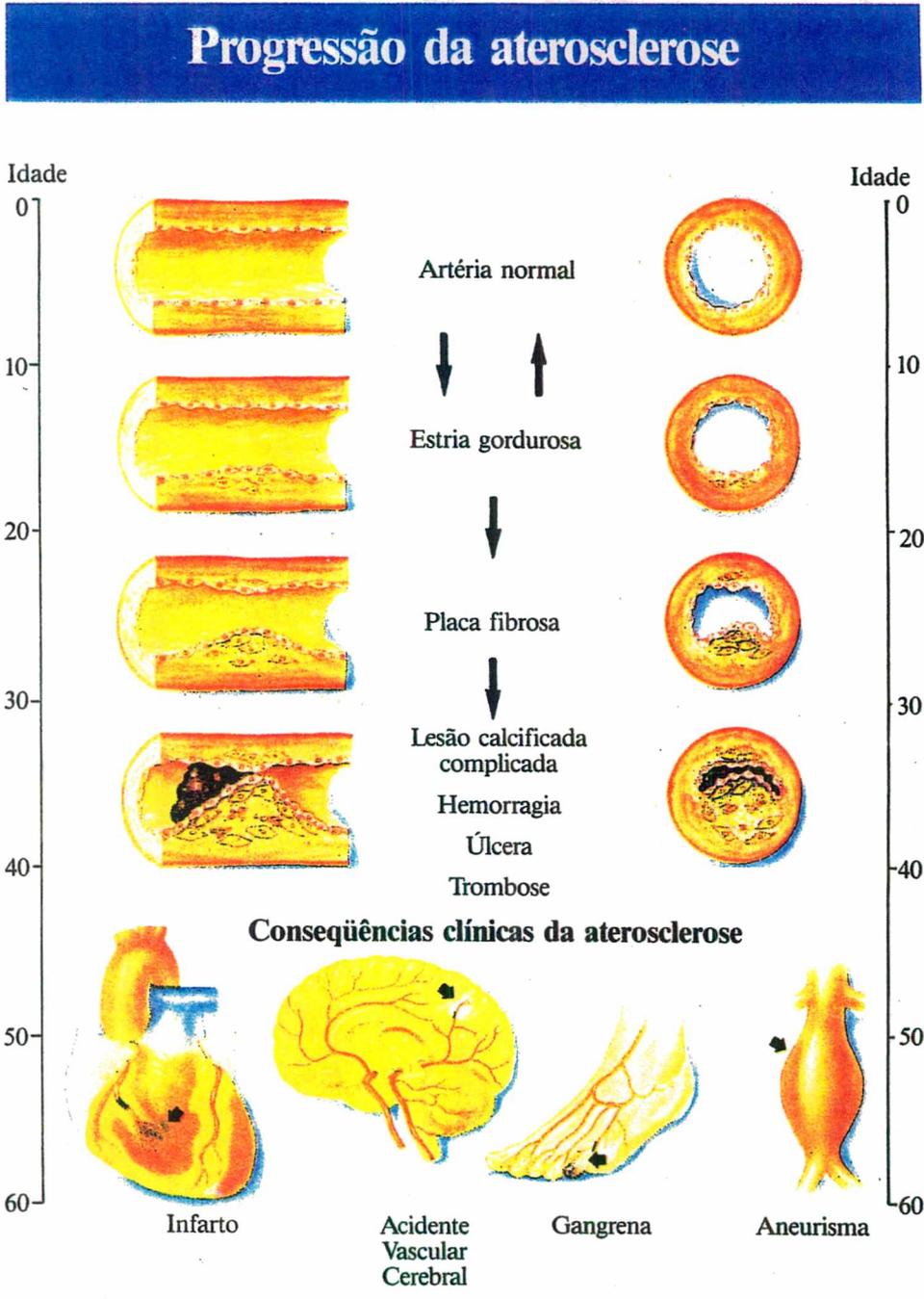


A principal função das artérias coronárias é levar sangue rico em oxigênio para o miocárdio, sendo o oxigênio o componente essencial para produção de energia que o músculo cardíaco precisa para se contrair.

A doença que mais afeta as artérias coronárias é a aterosclerose. Esta é um processo na qual ocorre uma deposição de placas de substâncias gordurosas (principalmente o colesterol) ao longo da camada (túnica) interna dos vasos, estreitando progressivamente a luz dos mesmos. Quando este estreitamento atinge um estágio no qual o fluxo sanguíneo é insuficiente para atender a demanda de oxigênio do miocárdio, o indivíduo passa a ser portador de doença cardíaca coronariana. [FIGURA 2, na página seguinte]

É importante esclarecer que a determinante crítica do aparecimento manifesto de doença cardíaca coronariana não é a mera presença de aterosclerose, mas sim a extensão do estreitamento da luz arterial e a conseqüente redução do fluxo sanguíneo regional, determinada pela lesão.

Figura 2



Fonte: MERCK SHARP & DOHME (EUA). Marca registrada de Merck & Co., 1993. EUA, 1993. 06-94 MVC 93-BR-092-B

Vários estudos, em diversos países, têm demonstrado íntima relação entre colesterol, aterosclerose e doença coronariana. Tem-se demonstrado que, em populações cujas dietas têm excessivo teor de gordura, ocorre maior número de mortes por doenças coronarianas. O elo entre dietas ricas em gorduras e ataque cardíaco é o colesterol. O colesterol é um tipo de gordura, sintetizado principalmente pelo fígado e que circula no sangue. Este é o colesterol endógeno. Há, também, o colesterol proveniente da alimentação, chamado colesterol exógeno. O colesterol é um elemento importante para o organismo, pois é utilizado para a formação de membranas celulares, produção de hormônios e outras funções. Quanto maior a concentração de colesterol no sangue, maior será sua deposição na parede das artérias e conseqüente formação de placas gordurosas (ateroscleróticas), que levarão ao enrijecimento da parede das artérias e à obstrução progressiva da circulação sanguínea. Pode-se dizer que, para cada 1% de redução dos níveis de colesterol sanguíneo, existe uma redução de 2% no risco de ataque cardíaco em homens com diagnóstico de hipercolesterolemia.

É importante lembrar que fatores como tipo de trabalho, ambiente, convívio com família e amigos, situação sócio-econômica, altitude e clima (o frio agrava os quadros isquêmicos) podem estar relacionados ao desenvolvimento da doença coronariana; e, portanto não se pode negar que a saúde é mais do que simplesmente a ausência de doença, pois a pessoa deve ser vista no todo, como um ser que busca ativamente sua integração com o meio.

Na opinião de Scherr (1992), existem fatores de riscos para o coração denominados não modificáveis, como sexo (homem mais que mulher), idade (quanto mais idoso maior a chance), história familiar (de morte súbita ou doença coronariana, angina ou infarto em vários membros consanguíneos e especialmente na idade jovem) e raça (a incidência é maior entre os brancos). Dentre os fatores de risco definidos como modificáveis, destacam-se: a hipertensão arterial, o tabagismo, o diabetes mellitus, o colesterol total alto, o LDL colesterol alto, o HDL colesterol baixo, o sedentarismo, a

obesidade e o perfil psicológico. Os pacientes portadores de doença vascular cerebral ou periférica (por exemplo obstruções arteriais de membros inferiores) são os que apresentam maior risco de apresentar aterosclerose coronariana. Na luta contra a doença coronariana, o paciente deve receber orientações claras e estar alerta para os riscos, principalmente sobre a dor incapacitante e a falta de ar.

Quando ocorre uma isquemia intensa e contínua numa porção do miocárdio, as células privadas de oxigênio são destruídas e aparece necrose tissular na área atingida. Este processo destrutivo é denominado infarto agudo do miocárdio segundo Meltzer, Pinneo & Kitchell (1987). O episódio que origina este dano tissular irreversível é denominado de trombose coronariana, oclusão coronariana, ataque cardíaco ou coronariano.

Três causas diferentes têm sido abordadas pelos autores, tentando explicar por que um vaso coronariano sofre obstrução: a primeira é a de que um coágulo sanguíneo pode se desenvolver na área rugosa de uma placa ateromatosa e ocluir a luz do vaso arterial (trombose coronariana); a segunda, refere-se às lesões ateroscleróticas que podem danificar a parede arterial subjacente, provocando hemorragia abaixo da placa ateromatosa. Esta hemorragia desloca a placa fazendo com que ela obstrua a luz vascular. A terceira causa relaciona-se a um pedaço de placa ateromatosa que pode se desprender e bloquear uma pequena ramificação arterial.

Procurando, então, exemplificar a sintomatologia relacionada à doença coronariana, faço a seguir o relato do momento da internação de um paciente em uma unidade coronariana.

*João¹ internou-se na unidade coronariana às 15:00 horas,
do dia 28 de abril de 1993. Ao questioná-lo sobre sua dor, disse-me que*

¹ Observação: Neste trabalho, a fim de preservar o anonimato, das famílias o nome de seus membros foram apresentados de forma fictícia.

iniciou no peito "em queimação" com irradiação para o braço esquerdo e região dorsal. Segundo ele, esta dor era contínua, de forte intensidade; não aliviou com nitrato sublingual (sl) e teve início por volta das 12:00 horas da tarde. João relatou já ter apresentado um episódio semelhante antes, mas de fraca intensidade e alívio rápido. Não procurou o médico porque se sentia bem. João era hipertenso e não fazia uso regular de nenhum tipo de medicamento. Tanto seu pai, quanto sua mãe tiveram problemas cardíacos. O seu eletrocardiograma mostrou corrente de lesão em D2, D3 e AVF. João estava sofrendo um infarto de parede inferior. Apresentava fácies tensa, preocupada, estava pálido, gemente, com sudorese difusa e a pressão arterial em torno de 160/100 mmHg, a frequência cardíaca era de 86 bpm. Imediatamente, após colher todos os exames laboratoriais (hemograma, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, enzimas e glicose), iniciou-se o protocolo de SQ (estreptoquinase), porque estava há 3 horas do início da dor. Era portador de gastrite mas, por orientação médica, iniciou protocolo. Negou diabetes e fumo. Relatou que já esteve internado antes em outro Hospital, com episódio semelhante e que foi submetido a uma cineangiocoronariografia em 1992, em São Paulo, cujo resultado revelou 60% de obstrução da artéria descendente anterior (Da).

O local do infarto depende fundamentalmente de qual(is) artéria(s) está (ão) obstruída(s). Quando a artéria coronária esquerda ou seus ramos estão obstruídos, o infarto envolve, primeiramente, a parede interna do ventrículo esquerdo e é denominado infarto anterior.

A extensão do infarto é determinada primeiro pelo calibre do vaso obstruído e, segundo, pela capacidade de circulação colateral em suprir a área lesada. Caso ocorra uma extensa necrose miocárdica que abranja toda a espessura da parede ventricular (do

endocárdio para o pericárdio), o infarto é denominado transmural. As lesões menores que não atingem a espessura total da parede ventricular são denominadas infartos não transmuralis, ou intramuralis, ou ainda infartos subendocárdios (Meltzer, Pinneo & Kitchell, 1987). Segundo estes autores, nos estágios iniciais de um infarto agudo do miocárdio, ocorrem três zonas distintas de dano tecidual. A primeira zona consiste do tecido miocárdio necrótico que foi destruído pela falta de oxigênio. A segunda zona de injúria, ao redor deste tecido morto, apresenta células miocárdicas que podem ainda sobreviver caso a circulação adequada seja restabelecida. A terceira zona (zona de isquemia) é representada por células que não receberam uma oxigenação adequada, mas podem se recuperar se o processo isquêmico não piorar. Desta forma, quem determina o tamanho da área infartada é a evolução, ou não, da zona de isquemia e de injúria.

A maioria dos pacientes que sofrem um infarto do miocárdio procuram assistência face à dor sentida no peito. Essa dor, normalmente, é súbita e de forte intensidade. O paciente refere-se à dor do infarto como algo que nunca experimentou igual. Ela é mais intensa do que a dor anginosa e do que a dor da síndrome intermediária. A dor, caracteristicamente, aparece diretamente abaixo do esterno e se irradia para os braços e pescoço. Ao contrário da angina, a dor pode não ocorrer durante a atividade física e, freqüentemente, começa durante o sono. A dor precordial é contínua e não alivia com a mudança de posição corporal, apnéia forçada ou por remédios caseiros. Os nitratos raramente alteram a duração da dor ou diminuem sua intensidade. O paciente, normalmente, apresenta-se com sudorese, com náuseas e vômitos. Apresenta medo e ansiedade intensa, pressentindo que aconteceu uma catástrofe. Em alguns minutos, muitos pacientes apresentam dispnéia e fraqueza geral acentuada. Toda essa sintomatologia caracteriza um típico infarto agudo do miocárdio; contudo nem todos os pacientes apresentam este quadro característico. Algumas vezes, a dor não se localiza no precórdio e sim no pescoço, braços ou mandíbulas, podendo não ocorrer sudorese, náuseas, vômitos e dispnéia.

Quanto aos avanços na recuperação dos pacientes, as técnicas modernas trouxeram novas opções de tratamento para a doença já constituída. Esta melhora está primeiramente relacionada com a identificação e tratamento de várias arritmias cardíacas, potencialmente fatais. Várias intervenções farmacológicas têm sido empregadas e coroadas de sucesso variável. Uma destas intervenções são os agentes trombolíticos com o objetivo de restaurar o fluxo sanguíneo anterógrado do miocárdio. O tratamento com trombolíticos teve seu início a partir de 1959.

Embora não esteja plenamente conhecido o mecanismo exato do infarto agudo do miocárdio, parece que existe uma participação de uma complexa interação dos agregados de plaquetas, lesão da íntima, trombose e espasmo da artéria coronária. Uma vez completada a oclusão, surgem, dentro de minutos, alterações na contratilidade miocárdica. Se o fluxo sanguíneo miocárdio é restaurado dentro das seis primeiras horas de oclusão, a área de necrose mostra-se apenas levemente menor do que a produzida pela oclusão total. Por isso, como a terapia trombolítica visa a alterar o prognóstico pela limitação da área infartada, o fluxo sanguíneo deve ser restaurado dentro de um tempo restrito.

Atualmente existem cinco agentes trombolíticos disponíveis para a aplicação clínica: o APSAC (complexo ativador estreptoquinase do plasminogênio anisolate), o scu-PA (ativador do plasminogênio tipo uroquinase de cadeia singular), o tcu-PA uroquinase, o t-PA (ativador plasminogênio tipo-tecidual) e a estreptoquinase (Schlant & Alexander 1994).

O tcu-PA uroquinase é um ativador direto da plasmina e requer a formação de um complexo ativador. Entretanto, este agente trombolítico é muito dispendioso, tornando a estreptoquinase a droga de escolha em nosso serviço e utilizada nos pacientes do estudo.

A estreptoquinase é uma proteína sintetizada pelo estreptococo beta-hemolítico. Esta substância se combina com o plasminogênio endógeno formado no fígado para

produzir um complexo ativador. Este complexo ativador então converte o plasminogênio circulante em plasmina. A plasmina é uma enzima trombolítica e fibrinolítica circulante que degrada a trombina e a fibrina recentemente formadas. A plasmina também degrada os fatores V e VIII circulantes. O fibrinogênio e a fibrina se dissociam em produtos da degradação. Estes produtos da degradação circulantes alteram a agregação plaquetária, inibem a polimerização ulterior da fibrina e interferem na capacidade da trombina em converter o fibrinogênio em fibrina. A plasmina normalmente é mantida em equilíbrio pela presença de antiplasminas endógenas circulantes. A administração de estreptoquinase intravenosa ou intracoronária neutraliza as antiplasminas circulantes e estabelece um estado fibrinolítico sistêmico. [FIGURA 3]

Figura 3: Mecanismo de trombólise mediante o uso de estreptoquinase

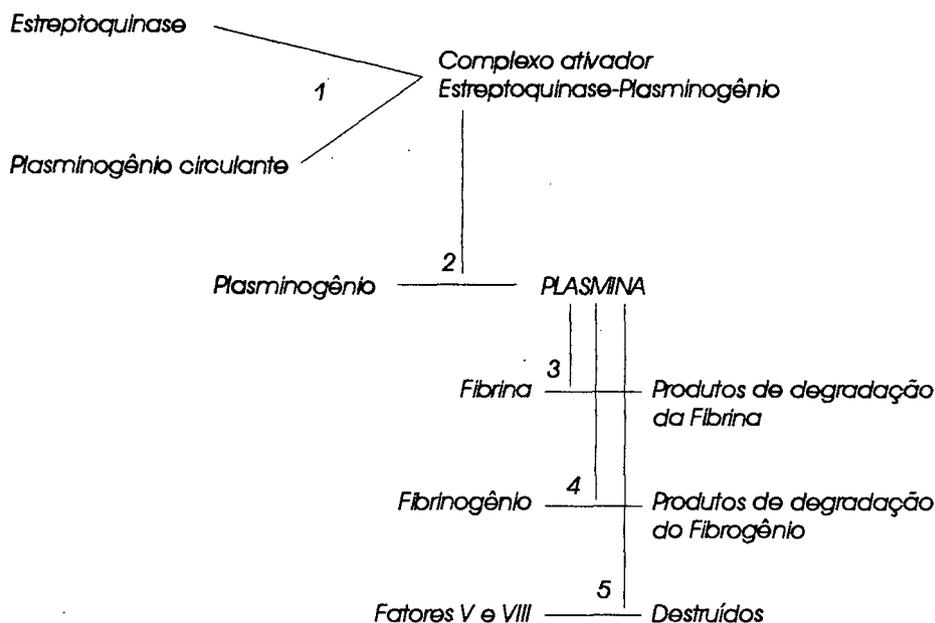


Figura 3- 1. A estreptoquinase, quando administrada, combina-se com o plasminogênio circulante para formar um complexo ativador. 2. Este complexo ativador transforma o plasminogênio circulante em plasmina. 3,4,5. A plasmina é uma enzima proteolítica que rapidamente degrada a fibrina, fibrinogênio, fator V e fator VIII.

Após a terapia com estreptoquinase, normalmente o paciente é submetido a uma cineangiocoronariografia, que é um exame indispensável para se saber a necessidade de uma cirurgia ou se uma angioplastia resolverá o problema. Este exame filma o estado anatômico das artérias. Porém nem sempre existe indicação para este exame e, às vezes, outros são complementos importantes.

Durante a terapia com estreptoquinase, podem ocorrer alterações severas no quadro clínico do paciente, inclusive a reperfusão da área obstruída. Assim sendo, procuro relatar a evolução do paciente durante a terapia, exemplificando uma situação.

João, durante a infusão de estreptoquinase, apresentou precordialgia intensa e hipertensão, necessitando Isordil e adalat sl. Persistindo a dor, mesmo estabilizando a pressão, recebeu meia ampola de morfina intramuscular (IM), apresentando melhora. Ao osciloscópio, não apresentou arritmias e o ECG (eletrocardiograma) mantinha o supradesnivelamento do segmento ST. João recebeu duas ampolas de estreptoquinase, totalizando 1.200.000 unidades, dividida em duas vezes, durante 30' cada ampola. Ao final da segunda ampola, João referiu novamente dor intensa. Foi medicado e em seguida apresentou episódio intenso de vômito. Concluímos que João não apresentou critérios de reperfusão com a infusão do agente trombolítico, pois o segmento ST não retornou a linha de base; não apresentou arritmia e não houve alívio da dor. No terceiro dia de internação João foi submetido a uma cineangiocoronariografia de urgência por apresentar, mesmo em repouso, novos episódios de precordialgia. Ao exame, constatou-se lesão severa da Da (descendente anterior) sem condições para Angioplastia. Isso tudo gerou severa desorganização para a unidade familiar, porque

João sentia-se bem, estava se recuperando e, subitamente, foi acometido por novo episódio de precordialgia, desta vez necessitando de uma cirurgia de revascularização do miocárdio de urgência. Durante o pós-operatório, João apresentou-se hemodinamicamente estável, recebendo informações e o apoio de seus familiares. Como sua recuperação foi rápida, após oito dias de pós-operatório recebeu alta hospitalar.

As cirurgias, utilizando pontes de safena, passaram a ser os principais procedimentos de revascularização miocárdica. A implantação de pontes de safena foi iniciada em 1968, na Cleveland Clinic, pelo argentino René Favaloro. O objetivo de uso das veias safenas ou das artérias mamárias é possibilitar a chegada de maior fluxo de sangue à determinada região do músculo cardíaco que se encontra em sofrimento isquêmico por algum grau de obstrução na artéria que lhe deveria nutrir. A técnica consiste em retirar a safena da perna, implantar uma abertura na saída da aorta (para captar o sangue) e outra após a obstrução, o que permitirá a chegada de sangue à região. Na revascularização, feita com artérias mamárias internas (são duas e ficam localizadas no tórax, atrás do esterno), ambas podem ser utilizadas, sendo a esquerda, por seu tamanho e localização, a mais adequada para ser ligada à artéria coronária descendente anterior (a maior e mais importante do coração). A técnica consiste em desconectar a parte mais próxima da artéria ao coração e conectá-la novamente à coronária. Essas artérias provêm um aporte de sangue maior do que as safenas, pois são artérias propriamente dita, e não uma adaptação como as veias safenas (as maiores do corpo humano).

A partir de 1977, surgiu a técnica da angioplastia transluminal percutânea, iniciada pelo Dr. Andreas Gruentzig. Esta técnica consiste na introdução de um catéter

õ
numa artéria do braço ou da perna até o local de obstrução no coração. O catéter possui um balão na ponta que é insuflado, esmagando a placa de colesterol e permitindo que o paciente leve uma vida normal após 48 horas. Tem como ponto negativo 30% de reobstrução em seis meses, o que não impede que a técnica seja repetida outras vezes na mesma lesão com melhores resultados.

2.2- COMPREENDENDO A CRISE

Toda essa problemática provocada por uma doença severa como a cardíaca, gera uma situação de crise para a família toda. Além do desconhecimento da doença que a família enfrenta, existem reações do paciente quanto ao ambiente desconhecido do hospital, muitas vezes interpretado erroneamente, podendo gerar angústia pelo desconhecimento de medidas diagnósticas ou terapêuticas adotadas e que trazem dúvidas sobre o futuro. O encontro do paciente e sua família com esse mundo desconhecido, sem poder escapar dele, provoca uma situação extremamente conflituosa.

Wooley (1990), em sua convicção, entende que a hospitalização por uma doença séria freqüentemente causa uma atitude grande de *distress* e angústia para os parentes dos pacientes criticamente enfermos. Gillis (1989), por sua vez, descreveu a cirurgia de revascularização do miocárdio como uma crise para o paciente e sua família. Clements (1983) afirma concisivamente que uma doença severa é uma crise para a família. Também, para Aguilera & Messick (1986), o reconhecimento inesperado pelo ser humano de que ele tem uma doença cardíaca é uma crise para ele. Pois a doença crítica freqüentemente ocorre sem avisar e a hospitalização súbita resultante representa um período de crise para ambos: o paciente e sua família (Murphy *et al*1992). Por sua vez, Beach *et al* (1992) concluem que a ameaça à vida, associada com o infarto agudo do miocárdio, é uma crise para a família como um todo, causando vários problemas.

O enfermeiro precisa compreender esse apelo do paciente e de sua família - "a doença gerando uma situação de crise para a unidade familiar" - não se prendendo apenas aos aspectos biológicos da doença de um dos membros da família, mas, sobretudo, naquilo que cada ser humano é e representa, ou seja, o seu ser, e a quem o apelo é dirigido suplicando que o enfermeiro participe dele, compartilhando, construindo e (re)criando com o paciente durante uma situação de crise. É uma nova dimensão do existir que se torna possível quando já se tem superado o individualismo profissional. É este chamado do outro que conduzirá o enfermeiro a um novo sentido de existência, transformando-se a si próprio e ao outro.

Cabe, então, concluir que o paciente está muito longe de ser um simples organismo onde atuam processos mórbidos. É um ser humano que é parte integrante de uma família e de uma comunidade. É um ser que vivência uma doença e quer superá-la para viver de forma mais saudável. Quer ter alguém ao seu lado, competente, mas também, em condições de imaginar-se no lugar dele e interpretá-lo.

Como se observa, a doença provoca uma solução de descontinuidade no processo de viver do paciente e sua família. A doença aguda gera uma situação de crise para a família toda, porque é um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, exigindo da pessoa a mobilização de mais forças e estratégias de enfrentamento para compreender a situação.

A partir da compreensão de que a doença gera uma crise para a família, considero importante entender como os diferentes autores diferenciam o conceito crise e outros que, de certa forma, relacionam-se com ele, como estresse, emergência, ameaça, perda e desafio.

Conforme Aguilera & Messick (1986) e Wooley (1990) a palavra "crise" significa ambos: perigo e oportunidade. É um perigo porque ela ameaça oprimir o ser

humano pelos seus efeitos negativos sobre sua saúde, podendo resultar em suicídio ou em alterações psicológicas graves. É uma oportunidade porque durante os períodos de crise a pessoa está mais receptiva à influência terapêutica e, face a um obstáculo aos importantes objetivos de vida, ela vivencia um período "insuperável", através da utilização de seus métodos costumeiros de resolução de problemas. Alertam, também, os autores, sobre a possibilidade de outros eventos que podem estar ocorrendo simultaneamente e podem potencializar a situação atual.

Para Taylor (1992), uma situação de crise também parece ser uma resposta a um evento percebido como nocivo, uma ameaça, uma perda ou um desafio. Por outro lado, Toffler (1980) utiliza o conceito de crise no contexto de uma situação na qual uma decisão é necessária para alcançar um objetivo desejado, mas ela não é ainda viável e um período de instabilidade existe até que seja tomada uma ação construtiva.

A fim de compreender melhor o conceito de crise e preocupados com a utilização inadequada do vocábulo, Brownell (1984) e Geissler (1984) tentaram abordar os diversos conceitos que se relacionam com a crise, sendo o primeiro deles o de estresse. Nesta direção, Geissler (1984), observa que o evento que precipita uma situação de crise pode ser descrito como um estressor e a crise como uma continuação do estresse relacionado ao evento perigoso. Tanto Brownell (1984) quanto Geissler (1984) diferenciam crise de estresse, afirmando que ao estresse é atribuída uma conotação puramente negativa e de potencial patogênico, enquanto que a crise é definida por ter o potencial para o crescimento, uma conotação positiva que serve para elevar o nível de saúde mental do ser humano.

Geissler (1984) e Hoff (1989) referem-se ao estresse como um estado manifesto por uma síndrome específica que consiste em todas as mudanças induzidas inespecificamente dentro do aspecto biológico. Por esta definição, concluem que estresse não tem causa particular. O estresse também pode ser observado como uma relação entre a

pessoa e o meio. Estresse, portanto, para estes autores, não é crise, é desconforto, dor ou inquietação frente a um estímulo físico, social ou emocional, proveniente da necessidade de relaxar, ser tratado ou de uma busca diferente de alívio.

Para Selye *apud* Clements (1983), o estresse tem sido amplamente descrito como o tempero da vida e o beijo da morte, dependendo do modo pelo qual o enfrentamos. Complementando este pensamento, Clements (1983) revela que, durante o período de estresse, a pessoa utiliza seus mecanismos normais de enfrentamento sendo que uma situação estressante pode tornar-se uma crise para a ela, ao sentir-se incapaz de enfrentá-la.

Por sua vez, Brownell (1984) ressalta que estresse pode ser um modo contínuo de vida para muitas pessoas, pode causar desconforto emocional e físico, e que o enfrentamento aos acontecimentos da vida normalmente estão num mesmo nível. Sob outro ângulo, a crise implica uma experiência mais intensa e de vida breve. É um período em que os recursos pessoais e a capacidade para a resolução do problema estão falhando.

A crise, na opinião de Geissler (1984), frequentemente tem uma causa que pode ser uma perda ou um evento que dificulta a sua compreensão, necessitando de uma análise da pessoa quanto às várias soluções potenciais positivas ou negativas para a situação. Seu efeito varia muito entre os seres humanos e não é específico; no entanto o estresse tem causas inespecíficas de alarme e uma tríade de reações que resultam na síndrome de adaptação geral (aumento adrenal, atrofia do sistema timicolinfático e ulcerações gastrointestinais).

Discordo de Geissler quando afirma que a crise tem uma "causa específica". Entendo que existem vários fatores que podem provocar uma situação de crise e que dentre esses fatores um deles pode estar exacerbado, pois os recursos disponíveis da pessoa não conseguem enfrentar a situação. É uma situação nova e inesperada. Portanto, o que faz surgir uma situação de crise no ser humano não é meramente a exacerbação de uma causa

específica, mas principalmente uma combinação de sentimentos, reações e significados ao momento em que está sendo vivenciado.

Uma emergência também tem uma causa específica, mas não é considerada crise, segundo Geissler (1984), porque tem um efeito muito específico. É uma situação que demanda ação imediata. A ação de emergência é mais premente do que qualquer outra, mais do que tomar uma decisão entre várias alternativas. Poder-se-ia dizer que, na emergência, a decisão é menos complexa, normalmente envolvendo uma decisão entre agir ou não. Neste caso, o rumo da ação a ser tomada torna-se evidente para a natureza da situação.

Emergência também não é crise para Hoff (1989). É uma combinação inespecífica de circunstâncias que necessitam de ação imediata, com implicações freqüentes de vida ou morte. A crise também não é doença na opinião deste mesmo autor. Doença tem sido abordada por vários autores como um conceito patológico que descreve uma condição que pode ser objetivamente verificada através da observação clínica e de vários testes laboratoriais.

Ameaça é outro conceito referido nas definições de crise. Para Brownell (1984), a ameaça envolve a antecipação de um dano de qualquer natureza: psicológico, biológico, social ou espiritual. A pessoa, ao perceber uma ameaça, pode tomar precauções para desviar ou enfrentar a situação. Este autor afirma, outrossim, que a ameaça e o desafio de crise podem ser reais ou constituírem-se em perdas potenciais que serão entendidos somente quando forem percebidos.

A Teoria e Intervenção na Crise derivou-se de como os seres humanos enfrentam a perda. No entender de Brownell (1984), a percepção de perda, real ou imaginada, não é a própria crise, mas um dos seus componentes, pois a crise é um estado da mente enquanto que a ameaça, perda e desafio são realidades do meio.

A crise foi definida por Caplan (1980) como sendo o que ocorre quando uma pessoa, face a um obstáculo aos seus objetivos importantes de vida, não consegue superá-lo com a utilização de seus métodos usuais de resolução de problemas. Ou seja, a crise é um desequilíbrio psicológico em uma pessoa que enfrenta uma circunstância arriscada, que para ela constitui um problema importante e que durante este período ela não pode "salvar-se" e nem resolvê-la com seus próprios recursos. É ainda definida como um período de desorganização, seguido de transtorno intenso, do qual se originam muitos esforços inúteis: Para Caplan (1980), o ser humano é visualizado como vivendo à procura de um estado de equilíbrio emocional, com o objetivo de sempre retornar ou manter este estado.

Percebe-se que, nestas definições de Caplan, o fator essencial que influencia a crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância da situação e os recursos que são imediatamente viáveis para o ser humano neste período. No meu entendimento, o conceito de crise de Caplan fornece uma conotação de homeostase a esta situação de crise do ser humano, pois afirma que este tem o objetivo de sempre retornar ou manter seu estado de equilíbrio emocional. Sob outro ângulo, entendo que este processo é dinâmico, pois o ser humano busca interagir com o meio para compreender a situação de crise. É um processo porque caminha continuamente num movimento sempre à frente, irreversível e, à medida que ele interage com o meio, novas formas de viver saudável são proporcionadas. Ou seja, o processo de viver é um processo de aprendizagem contínua, pois, a cada experiência, o ser humano evolui de uma condição de existência para outra, aprendendo conscientemente sobre si próprio e sobre o mundo.

Aguilera & Messick (1986), complementando o conceito de crise de Caplan, ressaltam que, numa crise, o processo de "tensão natural" (estímulo da vida diária) está exacerbado porque o estímulo do problema é maior do que as forças de reorganização, e estas não são capazes de resolver a situação. A crise é concebida como um período transitório que, tanto apresenta ao ser humano uma oportunidade de crescimento da personalidade, quanto o perigo de uma crescente vulnerabilidade ao distúrbio mental.

Destacando outros aspectos, Hoff (1989) descreve a crise como sendo um transtorno emocional agudo de origem social, desenvolvimental (passagens da vida) e situacional (perda material, física, pessoal e interpessoal), que resulta de uma incapacidade temporária para enfrentá-la através dos meios comuns de resolução de problema. Ressalta ainda que a crise não é uma doença mental ou emocional, mas um momento auto-limitado, extremamente sério e decisivo na vida das pessoas, que resulta da combinação de "ingredientes-chaves", gerando conflitos. Ao mesmo tempo em que o ser humano se sente ameaçado com a situação de crise, principalmente em relação aos seus objetivos de vida, ele é capaz de refletir e (re)criar novas maneiras de um melhor viver .

Cabe, pois, concluir que existem alguns critérios comuns nestas definições de crise, como por exemplo: um impedimento ao objetivo desejado; um ponto decisivo que requer ação; uma incapacidade para agir construtivamente e um período de instabilidade psicológica. Estas definições, assim visualizadas, podem refletir a dinamicidade do processo de uma situação de crise e não como um período estático no qual a pessoa pode, após seu término, retornar ao mesmo nível anterior à crise.

A partir desta abordagem sobre o conceito de crise, procurei ressaltar os aspectos principais da Teoria e Intervenção na crise, que serviu de alicerce para a construção do marco conceitual para assistir as famílias em crise, face a uma doença em um de seus membros.

2.2.1- A Teoria e Intervenção na Crise

Ajudar outras pessoas em crise está intrinsecamente ligada à natureza social dos seres humanos. Na opinião de Hoff (1989), a intervenção na crise é uma ação humana embutada na cultura e no processo de aprendizagem, assim como vivenciar com outros seres humanos situações estressantes.

Há algumas décadas atrás, Freud fez sua contribuição ao estudo do comportamento humano e ao tratamento do conflito emocional. Ele observou que as pessoas são seres complexos. Entretanto, suas conclusões são amplamente fundamentadas nos estudos dos distúrbios, ao invés de serem sobre os indivíduos saudáveis. Portanto, o método de tratamento desenvolvido por sua teoria é dispendioso, longo, inviável para alguns e, geralmente, não é aplicável para pessoas em crise. Outra limitação de sua teoria é sua base na biologia, resultando em um modelo mecanicista de personalidade. Posteriormente, conhecendo-se a natureza estática da Teoria Freudiana, levou-se ao desenvolvimento de uma visão nova, menos determinística dos seres humanos. Nos últimos 50 anos, os psicólogos do ego, tais como Fromm em 1941, Erikson em 1963 e Maslow em 1970, assinalaram amplamente as bases filosóficas da Teoria da crise (Caplan, 1980).

A Teoria e Intervenção na crise teve seu início nas experiências militares, durante a Segunda Guerra Mundial e Coreana. Os militares que se sentiam extremamente estressados foram tratados no próprio local de combate ao invés de retornarem para casa ou serem transferidos para hospitais psiquiátricos. Estudos revelaram que a maioria destes homens foram capazes de retornar ao combate rapidamente, como resultado da ajuda imediata que receberam individualmente ou em grupo. Após a guerra, as técnicas de apoio orientadas para a realidade usadas com tanto sucesso durante a guerra foram aplicadas aos civis que se tornavam vítimas de desastres. Enquanto os psiquiatras militares usaram a intervenção na crise primeiramente para acelerar os objetivos institucionais, eles acabaram fazendo uma descoberta útil para o campo de crise como um todo (Caplan, 1980 e Hoff, 1989).

Por volta de 1942, em Boston, um terrível incêndio matou cerca de 492 pessoas. O estudo clássico de Lindemann, em 1944, da aflição que se seguiu a este desastre, definiu que o processo que afligia as pessoas, dava-se após a morte súbita de um parente. Visto que a perda é um tema comum na experiência de crise, o trabalho de Lindemann constituiu-se uma das mais importantes descobertas da teoria da crise contemporânea.

Tyhurst, outro pioneiro da psiquiatria preventiva, durante as décadas de 40 e 50, estudou os estados de transição que abalam a vida do ser humano, tais como, migração, maternidade e solidão. Este trabalho examinou muitas situações de crise que ocorrem como resultado da mobilidade social e mudança cultural (Caplan 1980 e Hoff 1989).

Entre todos os pioneiros no campo da psiquiatria preventiva, o mais notável e citado foi Gerald Caplan, que em 1964, desenvolveu uma estrutura conceitual para compreender a crise, incluindo especialmente o processo de crise do desenvolvimento. Este mesmo autor enfatizou também a ampla abordagem comunitária para a intervenção na crise. E, os programas de educação pública e consulta com vários profissionais, tais como professores, policiais e enfermeiras de saúde pública foram citados como recursos importantes para prevenir consequências destrutivas da crise. Portanto, a Teoria da Crise é uma estrutura eclética para intervenção que fundamentou-se na teoria geral dos sistemas, teoria psicanalítica, adaptacional e interpessoal (Caplan, 1980; Aguilera & Messick, 1986; Hoff, 1989).

Apesar de ter sido usada anteriormente, a Intervenção na Crise ficou conhecida como modalidade de tratamento nos anos 60, da qual Gerald Caplan, desenvolveu a Teoria da Crise para explicar as manifestações de uma crise em pessoas saudáveis, bem como para a postulação de técnicas de intervenção especialmente empregadas na área da psiquiatria (Caplan, 1980). Desde então, numerosos estudiosos contribuíram para o crescente corpo de conhecimentos sobre o assunto, destacando-se: Haber (1982), Clements (1983), Geissler (1984), Aguilera & Messick (1986), Williams & Aguilera (1988), Gillis (1989), Hoff (1989), Wooley (1990), Taylor (1992), entre outros.

O desenvolvimento da personalidade há muito tempo é conhecido. Ela foi definida por Caplan (1980, p.49), como "uma sucessão de fases diferenciadas, cada uma delas qualitativamente diferente de sua predecessora". A partir destes estudos sobre a personalidade, surgiu a classificação de crise, podendo ser desenvolvimental (previsível),

também chamada evolutiva, maturacional ou transicional e situacional ou acidental (imprevisível).

A crise desenvolvimental, segundo Caplan (1980), são períodos transitórios na vida da pessoa que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos. Posteriormente, este autor começou a se interessar por períodos semelhantes de perturbações psicológicas e comportamentais, precipitados por "perigos da vida" e envolvendo uma súbita perda de suprimentos básicos, ameaça de perda, ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhado de um acréscimo, de exigências ao ser humano. A esses períodos de perturbação, que normalmente vão de alguns dias a poucas semanas (04 a 06 semanas de duração), Caplan (1980), Clements (1983), Aguilera & Messick (1986), Williams & Aguilera (1988) e Taylor (1992) denominaram "crises acidentais ou situacionais", porque uma pessoa não pode permanecer em uma situação de desarmonia, alguma solução precisa ser encontrada, mesmo que temporária, para restabelecer sua harmonia.

Clements (1983), por sua vez, focalizando este referencial para a enfermagem, classifica a crise da seguinte forma: situacional e maturacional. Esta última ocorre nos pontos de transição das mudanças fisiopsicosociais experienciadas pelo ser humano durante o crescimento normal e o processo de desenvolvimento. A inabilidade da pessoa para fazer mudanças apropriadas ao novo nível de maturidade resulta numa crise para aquele ser humano. Na crise maturacional a autora identificou oito estágios que podem ser considerados pontos de transição no ciclo da vida da pessoa, acompanhados de esforços pobres ou resolução inadequada de cada estágio, destacando-se: nascimento, infância, criança jovem, adolescência, idade escolar, adulto jovem, adulto e velhice. Mofatt (1987), por sua vez, divide em nove (09) as fases de crise desenvolvimental: o parto, o desmame (com 1 ano), o ingresso na escola (e simultaneamente a crise edípica), a puberdade (aos 12 anos), a separação da família de origem (a exogamia, aos 20 anos), a crise da metade da vida (aos 40 anos), a jubilação (aos 60 anos), a decrepitude e a morte.

Por volta de 1973, Schneidman *apud* Caplan (1980) definiu a crise situacional como extratemporal, que ocorre inesperadamente e é independente de qualquer estágio desenvolvimental. Qualquer mudança na vida do ser humano ou circunstâncias positivas ou negativas podem precipitar uma crise. Para Caplan (1980), a crise situacional exige uma mudança de comportamento ou habilidades de enfrentamento necessárias para sua resolução. Já para Hoff (1989), a resolução positiva da crise se caracteriza pelo crescimento e desenvolvimento do ser humano e o distúrbio mental/emocional, a violência contra outros, a auto-destruição etc. caracterizam a resolução negativa da crise.

A crise situacional, segundo Clements (1983), é um evento não previsível, que ameaça a harmonia do ser humano. Este evento, na maioria das vezes desastroso, é súbito e necessita de mais recursos do que a pessoa tem a sua disposição para enfrentá-lo efetivamente. A crise pode surgir do ambiente como, por exemplo, um furacão ou terremoto etc., ou provir da família, como a morte de um membro, o divórcio, perda financeira ou o nascimento de uma criança com malformação, entre outros. O evento precipitante de uma crise pode ainda se constituir na perda de emprego, em uma doença severa ou no uso de substâncias abusivas como drogas e álcool.

A morte é vista como uma crise situacional para Clements (1983), enquanto que para Moffatt (1987, p.13) ela é uma crise desenvolvimental ou evolutiva, pois na sua opinião, para que uma situação provoque uma crise, mais importante do que o traumatismo sofrido pela pessoa, é o inesperado da nova situação, que lhe é exigido viver. "Ela a sentirá como irreal e experimentará fora do que lhe está sucedendo, porque só é real o que se espera e o que foi concebido antes como possibilidade, na fantasia do futuro". Desta forma, diz-se que isto ou aquilo não estava previsto e, portanto, quando as circunstâncias nos colocam numa situação que nunca tínhamos antecipado, poderá emergir uma situação de crise.

Haber (1982) e Hoff (1989) acrescentam outra classificação de crise além das já citadas. Descrevem a crise social que é acidental, incomun e não prevista, que envolve múltiplas perdas e/ou mudança ambiental prolongada. Mais especificamente, Hoff (1989) acrescenta outra classificação de crise, a social/cultural, que recebe a interferência dos valores, da socialização e das relações conflituosas da pessoa.

É aceitável supor que a superação das crises desenvolvimentais funciona como um "lastro psíquico" para outras crises desenvolvimentais e até mesmo para as situacionais. Ou seja, serve como alicerce para o enfrentamento de outras crises. Nesta direção, Caplan (1980) afirma que os antigos problemas que vêm à tona durante uma crise, mostrando que não foram resolvidos no passado, atuam como fardo anterior no presente. Por outro lado, antigos problemas revividos e que foram enfrentados e resolvidos positivamente atuam como guias para que a ação presente seja bem-sucedida. Além disso, parece acertado afirmar que a combinação de uma crise maturacional com uma situacional tem o potencial para aumentar a vulnerabilidade da pessoa à situação de grande estresse.

Conforme Caplan (1980), uma situação de crise tem quatro fases. A primeira, na qual há um aumento inicial de tensão em decorrência do impacto do estímulo, quando são testadas as técnicas de resolução de problemas. Surge, então, com a continuação do estímulo, a segunda fase, que corresponde a uma incapacidade para enfrentar com sucesso os estímulos do cotidiano e a pessoa sente desconforto. Posteriormente, persistindo o aumento da tensão, há um terceiro limiar que atua como um poderoso estímulo interno mobilizando os recursos internos e externos da pessoa. Nesta fase, os mecanismos para a compreensão da situação continuam a ser testados e, se persistir esta condição, a pessoa não pode resolvê-la e nem evitá-la. Com isto, a tensão ultrapassa um novo limiar, tornando-se insuportável e atingindo um ponto de ruptura, uma grave desorganização. Estas fases foram adotadas nos estudos de intervenção na crise por Haber (1982), Clements (1983), Aguilera & Messick (1986), Williams & Aguilera (1988) e Hoff (1989).

Na perspectiva de Taylor (1992), para o surgimento de uma crise no ser humano, interagem o evento, seu significado para ela e sua incapacidade para manejá-lo. A fase inicial da crise para Taylor é a negação, que geralmente dura algumas horas. Esta, por sua vez, é um mecanismo de defesa inconsciente para se proteger do ataque súbito da intensa ansiedade. A segunda fase é a de maior tensão, na qual a pessoa ou pessoas envolvidas fazem um grande esforço para continuar suas atividades da vida diária, ao mesmo tempo em que tentam lidar com a crescente ansiedade. Durante esta fase, a pessoa pode não demonstrar o que está acontecendo, embora aqueles que a conheçam possam perceber momentos de hiperatividade ou retardo psicomotor. A terceira fase é a desorganização, na qual a maioria das pessoas busca auxílio profissional. Se esta ajuda não for encontrada antes, a pessoa normalmente abandona suas atividades cotidianas, tornando-se obsessivamente preocupada com a situação, podendo recordar fatos anteriores que pensava ter esquecido e que, sem saber, tem ligação com a situação atual. A próxima fase caracteriza-se por tentativas de reorganização. Com ou sem auxílio, o ser humano tenta trazer à tona as forças e os mecanismos de enfrentamento usados anteriormente para compreender a situação. As primeiras quatro fases de uma situação de crise são experienciadas por todas as pessoas, ou seja, negação, aumento da tensão, desorganização e tentativas para a reorganização, semelhantes às fases abordadas por Caplan.

Diferindo de Caplan, Taylor (1992) aborda ainda uma fase caracterizada por fuga do problema se fracassam as tentativas iniciais de reorganização. Esta fase raramente redundava em uma resolução bem sucedida da crise. O fracasso para fugir do problema é seguido de uma reorganização local, podendo levar até um ano antes que novos padrões de comportamento estejam suficientemente integrados na organização da personalidade do ser humano ou na estrutura interacional da família e para que o sistema de comunicação suporte um estresse adicional sobre o sistema. Entretanto, a fase aguda da crise geralmente está terminada no período de seis semanas. Por outro lado, a pseudo-resolução, segundo este mesmo autor, ocorre quando a experiência de crise é reprimida e não leva a qualquer

alteração no desenvolvimento da pessoa. Esta "resolução mal-sucedida" tende a aumentar os conflitos que anteriormente não foram resolvidos.

É prudente relatar, neste momento, uma crítica feita por Norayan & Joslint *apud* Williams & Aguilera (1988), quanto ao modelo teórico de crise de Caplan, enfatizando que o modelo está relacionado à doença e ao tratamento dos sintomas, visualizando, desta forma, o ser humano em partes. O modelo holístico de enfermagem, proposto pelos autores para a crise, fundamenta-se na diminuição do potencial de saúde, que é vislumbrada como um aspecto do *continuum* saúde e não meramente a presença de sintomas de doença e seu tratamento.

Observando também a crise sobre um *continuum*, Brownell (1984) afirma que o potencial para uma situação de crise existe para todo o ser humano, pela virtude de viver e experimentar a vida. Este potencial é representado à esquerda do *continuum*, sem características definidas. Posteriormente, há um período chamado de pré-crise, que envolve fatores que predispoem, tais como: uma história pobre no manuseio do estresse; uma alta probabilidade de expor-se a um evento estressante conhecido (desenvolvimental ou situacional); suporte social inadequado ou uma falta de habilidade de enfrentamento por razões cognitivas, sócio-culturais, sócio-econômicas ou emocionais. Parece acertado que pessoa pode não estar ciente do evento potencialmente estressante e manifestar esse estresse externamente. Neste período, a pessoa está em risco para o desenvolvimento de uma crise.

Segue-se, neste *continuum*, um período denominado de crise imediata, no qual já ocorreu a exposição da pessoa à situação estressante, acompanhada por uma percepção altamente estressante. As manifestações do comportamento da pessoa, neste estágio, dependem da natureza do evento e da resposta normalmente utilizada ao estresse. Outras três áreas do *continuum* são adaptações das fases aludidas por Caplan (1980), através das quais o ser humano progride para uma desorganização principal. Uma vez ocorrida a

situação estressante, a pessoa pode passar de uma situação de crise imediata para uma de crise intermediária, consistindo das características descritas na seqüência.

A percepção da situação atual como muito estressante, é seguida por tentativas de resolvê-la através da utilização dos recursos disponíveis. Posteriormente, há uma falência para resolver a situação, devido aos eventos estressantes adicionais ao suporte inadequado ou à tentativa imprópria da solução empregada. Inicialmente, as características comportamentais incluem mais sinais de ansiedade e exacerbação dos sintomas. Seguindo esta falência na resolução da situação, a pessoa entra num estado avançado de crise. As características atribuídas a este estágio dizem respeito a uma extração contínua dos recursos internos, para novas formas de administrar a situação e revisar todos os mecanismos de enfrentamento, bem como da falência dos últimos recursos do ser humano para compreender a situação. A pessoa progredirá para uma situação de crise extrema se não houver intervenção, correspondendo à quarta fase da crise descrita por Caplan. Ela é caracterizada pela falência de todas as tentativas anteriores para resolver a situação. A ansiedade é extrema, acompanhada por sentimentos de fraqueza e ruptura da situação de vida. Ocorrendo ou não a intervenção, surge um período de pós-crise, em que o ser humano poderá estar ou não em um nível superior e mais saudável do que antes.

Entendo que o *continuum* "crise" representa um esforço inicial dos autores para defini-la como parte do processo de viver do ser humano e como este enfrenta conscientemente as situações críticas na vida. Neste *continuum*, o ser humano não está situado entre extremos para desenvolver ou não uma crise, mas caminha num processo ininterrupto caracterizado por diversas fases que ele pode ou não passar. Cabe ainda ressaltar que o ser humano não se move para a frente e para trás, arbitrariamente, como se não progredisse, mas num movimento sempre à frente, mostrando interação com o meio e aprendendo novas formas de um melhor viver.

Segundo Caplan (1980), dentre os fatores essenciais que influem na ocorrência de uma crise, destacam-se: a falta de harmonia e sintonia entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-lo. A frustração para o atendimento da necessidade gera tensão, dificultando a manutenção da integridade da pessoa ou do grupo, podendo estar associada a sentimentos de desconsolo e tensão.

Na opinião de Williams & Aguilera (1988), a pessoa em crise busca intervenção em uma ou duas semanas após ter ocorrido o evento que a precipitou. Frequentemente, o motivo que levou à crise aconteceu vinte e quatro horas antes da vinda da pessoa à terapia. Entretanto, Haber (1982) afirma que, constantemente, o evento precipitante ocorreu dez a quatorze dias antes da pessoa buscar ajuda. Neste período em que o ser busca intervenção na crise, ele está mais vulnerável e capaz de ser influenciado pelos outros do que em outros períodos.

Autores como Caplan (1980), Haber (1982), Clements (1983), Aguilera & Messick (1986), Williams & Aguilera (1988), Wooley (1990) e Taylor (1992) são unânimes em afirmar que, dentre os fatores que contribuem para provocar uma situação de crise e influenciam a sua compreensão, sobressaem-se: a percepção do evento, o suporte situacional apropriado e os mecanismos de enfrentamento, que são aludidos a seguir. Estes fatores contribuem para a compreensão do *self* porque os aspectos mais importantes relacionados à saúde mental são o estado, a maturidade e a qualidade da estrutura do ego.

O primeiro deles é a **percepção do evento**, que é a habilidade do ser humano em formar uma compreensão cognitiva da situação, o que justifica as diferenças nas estratégias de enfrentamento, pois cada ser humano reage de uma forma diferente. Ao perceber a crise realisticamente, o ser humano reconhecerá a relação entre o que está provocando a crise e os seus sentimentos em relação a isso. Ele poderá, então, participar de atividades, compartilhando-as com outros na tentativa de compreender a situação. De outro modo, se esta percepção for distorcida, sentimentos de tensão vêm à tona e as tentativas

para compreender a situação falham. Dificilmente estas pessoas reconhecem a relação entre o motivo da crise e os seus sentimentos. Na opinião de Aguilera & Messick (1986) e Williams & Aguilera (1988), se a crise for percebida como uma ameaça às necessidades básicas, o ser humano responderá predominantemente com ansiedade.

O segundo fator que interfere numa situação de crise é o **suporte situacional apropriado**, que diz respeito às pessoas que buscam conselhos e promoção de ajuda e àquelas que conseguem reforçar sentimentos pessoais de força interior. Uma situação extremamente estressante poderá ser provocada desde que a pessoa não consiga obter suporte adequado às suas necessidades. Este "suporte negativo" pode ser também prejudicial à auto-estima da pessoa, especialmente quando já está diminuída por uma situação ameaçadora, como a doença. Quando há perda ou ameaça de perda de uma relação suportiva, a pessoa sente-se vulnerável. Se ela não dispõe de suporte situacional durante uma situação estressante, poderá experimentar uma crise.

O terceiro e último fator que contribui para o desenvolvimento de uma situação de crise e influencia a sua compreensão são os **mecanismos de enfrentamento**. São estratégias habituais desenvolvidas para interagir com o estresse e a tensão. São processos conscientes ou inconscientes designados para manter a harmonia do *self* do ser humano. Os mecanismos inadequados de enfrentamento podem, algumas vezes, assemelhar-se aos mecanismos de defesa do *self* como por exemplo: as fantasias excessivas, pensamentos mágicos e o afastamento da realidade.

Desta forma, pode-se compreender a grande contribuição da Teoria e Intervenção na crise em nível individual, possibilitando ao ser humano fortalecer suas relações e enriquecer o suporte social, buscando ajuda, refletindo sobre a situação, compartilhando amor, carinho e fortalecendo o *self*. Hoff (1989) mostra que as redes sociais e o suporte são fatores primários na suscetibilidade do ser humano à doença, ao tratamento, ao sentir-se mal e às consequências da doença. Esta rede social pode se

constituir da família, amigos, vizinhos, parentes, médicos, enfermeiros, ou seja, alguém com quem a pessoa tenha relações freqüentes.

A partir desta visão dos autores sobre a Teoria e Intervenção na crise, senti necessidade de elaborar um quadro que, no meu entendimento, resume a evolução da teoria, ressaltando as principais contribuições dos autores. [vide quadro resumo ao final deste capítulo]

2.2.2- A crise na família devido à presença de uma doença aguda em um de seus membros

A pessoa não é um ser isolado, é um ser de relações. Nestas relações, o ser humano busca ativamente ajuda, mobilizando seus próprios recursos e desenvolvendo outros. Ao mesmo tempo, as pessoas significantes que o rodeiam, ao perceberem a situação, mobilizam-se para ajudar. Esta reciprocidade de dar e receber ajuda, durante uma situação de crise por uma doença, auxilia o ser humano e/ou o grupo a compreenderem a crise como uma oportunidade de crescimento.

Para Aguilera & Messick (1986), o homem é um ser social que, nas relações com os outros, encontra recursos vitais para enfrentar uma variedade de estressores. O isolamento social, de qualquer natureza, impede o ser humano de interagir socialmente e desenvolver ações construtivas. Esse "isolamento social" deixa-o mais vulnerável quando confronta-se com os estressores da vida diária.

Percebe-se, nestas reflexões, que o homem não enfrenta uma situação de crise sozinho. É ajudado ou dificultado pelas pessoas que o cercam, por sua família, amigos, vizinhos, comunidade e a própria nação. Essa ajuda é importante para que o ser humano continue se desenvolvendo como uma pessoa capaz socialmente, exercendo papéis que complementem os seus e os dos outros membros. Qualquer mudança no ser humano é suscetível para afetar simultaneamente seu papel, alterando o sistema social no qual está

inserido, acarretando mudança de papéis nos outros e na satisfação de suas próprias necessidades. Parece acertado que a compreensão da crise consiste num processo inteiro² de trabalhar através dela para buscar uma vida saudável. Este processo inclui atividades, não somente no âmbito individual da crise, mas também nos vários membros da rede social institucional e/ou natural da pessoa, pois estamos inseridos num contexto social, crescendo e se desenvolvendo entre outras pessoas.

A família, que é parte da rede social/natural do ser humano, é uma unidade que socializa e desenvolve seus membros e na qual ocorrem as experiências emocionais mais intensas que estes têm no processo de viver. Uma destas experiências é a doença que, ao provocar uma situação de crise em um de seus membros, afeta toda a unidade familiar, pois a maioria das situações de crise ocorrem no interior da mesma.

No entender de Hoff (1989), a família ocupa uma posição única na sociedade. Ela é a fonte mais natural de suporte e compreensão com quem seus membros podem contar quando estão perturbados. Contudo ela é também a arena na qual se pode experimentar o distresse mais agudo. Conclui-se, daí, que a vulnerabilidade da família à crise é determinada em como ela percebe a situação e trabalha os seus sentimentos concomitantes.

Para Caplan (1980), um complicado conjunto de fatores psicológicos, sociais e culturais determina até que ponto os membros de uma família serão sensíveis às manifestações de tensão num membro que se defronta com uma situação de crise, qual será a intensidade da crise e de que forma a família atuará para ajudá-lo a enfrentar os seus problemas. O próprio autor alerta que a posição do ser humano no sistema familiar pode ser tal que, para garantir o seu papel, o grupo familiar se reorganiza em um novo padrão capaz de ajudá-lo e, neste caso, um outro membro da família poderá ser afetado pelo processo.

² Processo inteiro, é aqui interpretado como sendo uma sucessão de passos que impulsionam o ser humano a prosseguir através de suas forças e estratégias de enfrentamento e da interação com o meio em toda a sua plenitude.

Além da influência da própria família para a compreensão da crise, existem influências sócio-culturais e dos membros-chaves de uma comunidade, assim como dos próprios profissionais de saúde.

↑ Gillis (1989), estudando a família e a doença cardíaca coronariana, revela que os pacientes têm mais necessidades durante as seis primeiras semanas após a alta hospitalar. Este estudo mostra, ainda, a importância da família na recuperação do paciente e que a unidade familiar precisa ser assistida desde o momento da internação de um de seus membros, a fim de que possam alcançar rapidamente sua reintegração social.

Nyamathi (1990), num estudo de 40 famílias de pacientes com ataque cardíaco, observou que a convalescência do parceiro era particularmente estressante, porque as famílias estavam cuidando do parceiro doente, fazendo mudanças necessárias ao estilo de suas vidas e ajustando-se ao impacto financeiro da doença aguda. E que, portanto, é grande o potencial para a manifestação de uma situação de crise durante a convalescência.

Winterhalter (1992) e O'Malley *et al* (1991) sustentam também que os efeitos da incapacidade por uma doença séria repercutem em todo o sistema familiar, mudando a rede complexa de relações dentro da família e afetando a saúde de todos os seus membros. Pearmluter (1984) também ressalta que a doença é um evento extremamente estressante para o indivíduo, bem como para a sua família, cujos mecanismos de enfrentamento existentes não conseguem resolver a situação.

A família, através de seus ensinamentos e exemplos, socializa os jovens, dotando-os de costumes, hábitos, valores e crenças do meio cultural, afirma Bastos (1979). Considerando a família como unidade de serviço de enfermagem, Freeman *apud* Nascimento (1985) salienta duas razões: a primeira, na qual a família, como grupo, origina, previne, tolera ou corrige problemas de saúde em seu meio; a segunda, em que a família é o meio mais freqüente de decisão e ação sanitária na assistência pessoal.

Titler, Cohen & Craft (1991) também destacam a importância da família na experiência de hospitalização do paciente no cuidado crítico e demonstram efeitos positivos entre os membros das famílias durante os períodos de estresse. A família é vista por estes autores como uma unidade básica para o desenvolvimento de seus membros e fonte de ajuda ativa para estes em todas as circunstâncias de suas vidas. Assim sendo, os membros da família são um componente integral da prática de enfermagem no cuidado crítico. Segundo os autores, a hospitalização de um membro da família num estabelecimento de cuidado crítico normalmente ocorre sem preparo, admitindo pouco tempo para que as famílias possam se ajustar. A hospitalização de um membro da família é percebida como uma ameaça. Em contrapartida, a comunicação limitada entre os membros da família, com relação aos seus sentimentos, possivelmente esteja relacionada ao fato de que os membros da família estão tão oprimidos com esta experiência que eles são incapazes de identificar, interpretar e discutir seus sentimentos com os entes queridos, sem a guia dos profissionais.

Nos autores acima citados, descobriram-se, ainda, incongruências a respeito da percepção dos enfermeiros, cônjuge e crianças quanto à satisfação de suas necessidades. Estas incompatibilidades relacionavam-se especialmente às prioridades dos enfermeiros em cuidar exclusivamente dos pacientes com doença crítica, limitando o tempo para interagir terapêuticamente com os membros da família. Ou seja, nas instituições hospitalares, a predominância do cuidado ainda se dá exclusivamente nos moldes da prática médica, vendo apenas o ser humano em partes e salientando estritamente o aspecto biológico.

Na abordagem sobre as incongruências de percepção, Forrester *et al* (1990), em um estudo que explorou a relação entre as necessidades percebidas dos membros da família e o levantamento destas necessidades pelos enfermeiros de unidade de cuidado intensivo, destacaram seis necessidades mais importantes identificadas pelos membros da família: estar seguro de que o melhor cuidado possível estava sendo dado ao paciente; ter questões respondidas honestamente; conhecer os fatos específicos sobre as condições do paciente; conhecer como o paciente está sendo tratado; ser chamado em casa no caso de mudanças

nas condições do paciente e conhecer o prognóstico. O segundo objetivo deste estudo foi determinar quais das necessidades eram avaliadas como mais importantes para os membros da família, pelos enfermeiros de cuidado intensivo que promoviam cuidado direto aos pacientes com doença crítica. Salientaram-se como as mais importantes: ter questões respondidas honestamente; estar seguro que o melhor cuidado possível estava sendo dado ao paciente; sentir que o pessoal do hospital cuida do paciente; ter explicações fornecidas em termos que fossem compreensíveis e saber por que as coisas eram feitas ao paciente.

Quanto ao terceiro e último objetivo do estudo de Forrester *et al* (1990), que era determinar se existiam diferenças significativas entre as percepções dos membros da família, de suas necessidades e as dos enfermeiros sobre a importância da seleção das necessidades da família, observaram-se que: sentir que há esperança; conversar com o médico diariamente; ter conhecimento do que está sendo feito para o paciente; conversar com o enfermeiro diariamente; receber informações sobre o paciente uma vez ao dia; ter uma pessoa específica para chamar no hospital; ter alguém preocupado com a saúde dos membros da família; conversar com outras pessoas que o ajudem; e ter horários de visita alterados conforme solicitassem, foram as necessidades mais importantes percebidas pelos membros da família. No entanto, apenas uma destas foi percebida pelos enfermeiros como a mais importante para os membros da família: a de conhecer o que estava sendo feito para o paciente. As menos importantes, segundo os enfermeiros, foram: conversar sobre sentimentos, ter horas de visita pré-estabelecidas e ter um telefone próximo da sala de espera.

Em outro estudo, Norris & Grove (1986) observaram que os enfermeiros de unidade de cuidado intensivo enfatizam as necessidades de informação e restabelecimento de confiança como de importância relativa, enquanto que os membros da família estabeleceram-nas como as mais importantes. Deste exame, identificaram as cinco necessidades dos familiares consideradas menos importantes pelos enfermeiros de unidade de cuidado intensivo, quais sejam: conversar sobre a possibilidade do paciente falecer; ter

um telefone próximo da sala de espera; sentir-se aceito pelo pessoal do hospital; conversar sobre os sentimentos; e ter períodos adequados de visita.

Avaliando as necessidades dos familiares e dos pacientes internados em UTI, Freitas, Kaphan & Sarzi (1989) desenvolveram um estudo demonstrando a importância do contato familiar com o paciente, do conhecimento prévio da UTI, do significado dos seus equipamentos e, sobretudo, da atuação do enfermeiro no acompanhamento e atendimento das necessidades básicas dos familiares.

Na mesma linha de raciocínio, Sirles & Selleck (1989) destacam que a falta de suporte do cônjuge é causa frequentemente mencionada da falência dos pacientes para completarem programas de reabilitação. Observaram, ainda, que a morte por doença cardíaca isquêmica, doenças cerebrovasculares, circulatórias, entre outras, está significativamente relacionada à falta de suporte social. Observando que as taxas de mortalidade são menores após um evento cardíaco nos pacientes casados, Rankin (1992) alerta-nos sobre a importância da família na recuperação do paciente.

Também interessado com a questão familiar, Winterhalter (1992) ressalta que, se a família for assistida na fase aguda da reabilitação de uma doença, ela pode fornecer suporte mais efetivo aos seus membros e se ajustar às consequências prolongadas da incapacitação, pois ela é a unidade-base do cuidado em saúde e intervenção.

Neste sentido, Gillis (1989), observando o comportamento familiar durante um evento cardíaco, exprime a importância de compreender a unidade familiar, a fim de que ela possa intervir efetivamente nas mudanças dos estilos de vida de seus membros. Com isto, Moseley & Jones (1991) defendem a importância da família e do suporte social como fontes principais de força para o ser humano, assumindo um papel vital na sua recuperação.

Sirles & Selleck (1989), consideram a família como o mais importante contexto social, dentro do qual a doença ocorre e é resolvida. Esta visão dos autores demonstra que a família está envolvida no processo saúde/doença dos seus membros e é capaz de promover e participar do cuidado necessário para estes, a fim de diligenciar a reorganização da unidade familiar.

Na opinião de Kleinpell (1989), Cotu-Wakulczyk & Chartier (1990), Hickey (1990) e Ward, Constância & Kern (1990), as necessidades das famílias, com um dos membros acometido por uma doença crítica, estão sumarizadas da seguinte forma: ter questões respondidas honestamente e conhecer os fatos específicos, isto é, o que está irregular com o paciente e seu progresso, como a mais importante necessidade percebida pelas famílias dos pacientes nesta situação, além de conhecer o prognóstico, as consequências e as chances de recuperação; ser chamado em casa se houver mudança; receber informações compreensíveis; ter confiança que o pessoal do hospital cuida bem do paciente. Outros aspectos considerados igualmente importantes, mas abordados secundariamente, foram: as necessidades de ter esperança; saber exatamente quais são as coisas que estão sendo feitas para o paciente e o porquê; ter certeza de que o melhor cuidado possível está sendo dado ao paciente; vê-lo frequentemente; saber como ele está sendo tratado e medicado; conversar com o médico; ter uma sala de espera próxima ao paciente; estar confiante de que o paciente tem todos os direitos; ter uma pessoa específica para chamar no hospital; conversar com o enfermeiro todo o dia; ter um telefone próximo da sala de espera; e sentir-se aceito pelo pessoal do hospital.

Confirmando as necessidades observadas no estudo retrospectivo dos autores mencionados anteriormente, outros como Boogaard (1984), Daley (1984), Mathis (1984), Pearmulter (1984), Gillis (1989), Wiggins (1989), Leske (1991) e Winterhalter (1992) também identificaram a necessidade de informação do paciente e sua família como a de maior predominância nos estudos. No entanto estes autores ressaltam outras necessidades não evidenciadas no estudo anterior e de igual importância, tais como: administrar o

distress emocional; manter o funcionamento familiar; utilizar as habilidades de enfrentamento; diminuir a ansiedade; suporte e necessidades pessoais e espirituais.

No período inicial da hospitalização, segundo Daley (1984), os membros da família estão menos preocupados com suas próprias necessidades, pois querem receber informações sobre o paciente. No estudo de Leavith (1989), as necessidades da família para o seu conforto pessoal, tais como a privacidade, alimentação, mudança de papéis e funções, horas de visita e acompanhamento próximo não foram percebidas como importantes. Isso é o reflexo da primazia da condição do paciente para o bem-estar familiar e a importância em abnegar as suas necessidades de cuidado e preocupar-se com o paciente. Neste sentido, Gaglione (1984), estudando a avaliação e intervenção com as famílias de pacientes de unidade coronariana, revela que, estabelecer com a família o levantamento de suas necessidades, pode ser sua própria terapêutica.

Esta ampla abordagem dos autores sobre as necessidades percebidas pelos enfermeiros, pacientes e famílias que experenciam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, não constitui um julgamento pré-estabelecido das necessidades encontradas no transcorrer da proposta. Entendo, entretanto, que seja de fundamental importância conhecer o que vem sendo identificado sobre o assunto, a fim de subsidiar uma análise mais profunda e abrangente de cada situação, respeitando, fundamentalmente, as características próprias de cada família para a prestação de uma assistência mais global e humana. Pode-se, então, concluir que a família influencia a compreensão de uma situação de crise através da escolha de certas maneiras de enfrentar a situação em consonância com as tradições culturais e experiências do grupo, e em harmonia com as necessidades atuais do grupo como sistema operante com obrigações externas e com a satisfação das exigências inter-grupais de seus membros. A família é fonte de ajuda ativa para um ser humano em crise (Caplan, 1980); é o suporte situacional viável no período de crise (Aguilera & Messick, 1986); é o contexto de apoio social (Taylor, 1992).

Quanto à influência dos membros-chaves de uma comunidade, como assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, Caplan (1980) afirma que o ser humano começa não somente a mobilizar seus próprios recursos, mas também a solicitar ajuda de outros quando a tensão atinge um limite. E isto parece despertar nos outros a necessidade de ajudar. Esse padrão recíproco de buscar e oferecer ajuda parece ter raízes psicossociais primitivas.

Durante o período de crise, a família também fica mais suscetível à intervenção dos outros. Essas pessoas são importantes porque os seus conselhos se dirigem não somente para o ser humano em crise, mas também à sua família como um todo. A percepção destas pessoas pode ajudar na compreensão de uma situação de crise, de acordo com suas crenças, valores e cultura profissional (Caplan, 1980). A partir desta visão pode-se concluir que a crise contribui para a unidade e a solidariedade da família porque fortalece suas relações, enriquecendo seus membros através da troca de amor, energia e suporte entre eles.

Nascimento (1985, p.359), defendendo a importância da assistência às famílias, declara "que as ações básicas de saúde centradas na família como uma unidade de serviço em enfermagem constituem uma das estratégias para alcançar a meta de "saúde para todos no ano 2000". Neste estudo, ao avaliar a participação da enfermagem na assistência à família, ressalta-se que o papel do enfermeiro é de agente multiplicador de saúde e elemento intermediário entre o ser humano, família e unidade sanitária. Na prática, a enfermagem continua sendo uma atividade dirigida para a assistência hospitalar, tendo 71% do pessoal trabalhando nesta área e 29% trabalhando na comunidade. Apesar de uma assistência quase que exclusivamente curativa, é importante desenvolver um trabalho de enfermagem de equipe e auto direcionado, a fim de se buscar uma integração entre as áreas políticas, sociais e econômicas e a área da saúde, para a promoção desta.

Outro resultado de destaque neste estudo diz respeito aos principais problemas identificados na família: a doença, o subemprego, a educação, o abastecimento de água, o pauperismo, o saneamento básico e ambiental e a moradia inadequada. Um segundo aspecto refere-se às atividades desenvolvidas pela enfermagem na assistência às famílias, tais como: o encaminhamento da clientela a outros serviços de saúde que não podem ser atendidos pela enfermagem e visita domiciliar.

Como acontece com as famílias, a crise ou eventos traumáticos podem também mobilizar e fortalecer o grupo ou a comunidade. Poder-se-ia afirmar que as abordagens sociais para a intervenção na crise não podem perder de vista a rede interacional entre os indivíduos, famílias e outros elementos sociais. Ajudar as pessoas a compreenderem a crise construtivamente envolve ajudá-las a restabelecer em si mesmas a harmonia com as associações e a comunidade, compartilhando suas criações e significados.

A idéia de ajudar as pessoas em grupos desenvolveu-se durante e após a segunda Guerra Mundial, dado que um grande número de pessoas necessitavam de apoio. Para Hoff (1989), o trabalho de grupo na intervenção da crise é indicado: como um meio para avaliar os mecanismos de enfrentamento que são (re)velados através da interação com o grupo, visto que o grupo é um mediador ideal para tal processo; como um meio de compreensão da crise através do processo de ajuda inerente de um grupo bem definido e conduzido adequadamente; como um meio de aliviar o isolamento extremo de alguns indivíduos em crise; como um meio de proteção imediata e avaliação das instituições, nas quais um grande número de pessoas necessitam de ajuda e o número de profissionais é limitado.

Portanto, o trabalho com grupo, segundo Hoff (1989), visa a: facilitar o processo de crise de todos os membros de grupo, ajudando um ao outro na compreensão de uma situação de crise; fazer com que as pessoas se sintam menos isoladas socialmente através de ligações desenvolvidas no processo de compreensão da crise em grupo; e visualizar os grupos de crise como substitutos contemporâneos de ritos de passagem tradicionais. Os grupos de auto-ajuda ou de suporte dão ênfase às forças dos próprios membros do grupo. O fator-chave no sucesso de tais grupos é a criação de um clima de companheirismo, cumplicidade, forças de seus membros e união uns com os outros. O grupo é também uma fonte de informação e afirmação. Deduz-se então que, durante uma situação de crise, as pessoas e seus problemas precisam ser analisados dentro de um contexto psicossocial, pois a rede social (grupo) é o cerne do processo de crescimento humano, desenvolvimento e intervenção na crise.

Desta forma, a maior contribuição da Teoria e Intervenção na Crise, tanto a nível individual quanto em grupos, ou com a comunidade, é o apoio que é oferecido às pessoas no contexto de suas necessidades. Esta ajuda contribui para a formação de uma rede interacional entre os indivíduos, famílias e outros elementos sociais. Esta rede interacional oportuniza às famílias enfrentarem construtivamente uma situação de crise, mobilizando forças, criando e desenvolvendo nos integrantes da rede novas maneiras de um viver saudável.

Finalmente, o referencial da crise fornece subsídios ao enfermeiro para a prestação de uma assistência mais humana, porque mobiliza e estimula a percepção do outro como uma "pessoa inteira"³ tanto no nível individual quanto no coletivo. Esta totalidade da percepção do outro não é apenas seu corpo, seus gestos, cor dos seus olhos,

³ Pessoa Inteira: é entendida como um ser total integrado dotado de capacidades potenciais, como o pensar para viver e para enfrentar uma situação de crise, possui características próprias, relaciona-se com o meio transformando-se a si próprio e ao meio da qual está inserido.

mas uma totalidade impregnada de subjetividade, que através da expressão e do amor são apreendidas e adquirem significado.

A partir desta visão, procurei desenvolver uma proposta de assistência, desenvolvendo um marco conceitual e um processo de enfermagem que me permitiu aproximar da família, buscando compreendê-la em sua totalidade.

QUADRO RESUMO DA EVOLUÇÃO DA TEORIA DA CRISE

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
1- Caplan (1980)	É a situação em que o indivíduo entra em desequilíbrio, por enfrentar um obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida. A pessoa em crise não consegue resolver seus problemas de forma habitual. A tensão e a angústia aumentam e assim, sente-se sem ajuda e incapaz de resolver seus problemas. É um período transitório.	Desenvolvimento ou maturacional ou transicional (previsível) - períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos. Fazer parte das etapas da vida. Situacional ou accidental: perturbações psicológicas e comportamentais precipitadas por "perigos da vida" e envolvendo uma súbita perda de suprimentos básicos, ameaça de perda ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhados de um acréscimo de exigências ao ser humano (4 a 6 semanas de duração).	- De como os seres humanos enfrentam a perda, ameaça ou desafio.	- Aumento inicial da tensão: falta de sucesso no enfrentamento dos estímulos contínuos e mais desconforto é sentido; aumento posterior da tensão; tensão elevada e desorganização	Falta de harmonia e sintonia entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-la. - A percepção do evento: o suportesituacional viável; mecanismos de enfrentamento.	- Equilíbrio.

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
2- Haber (1982)	É um distúrbio interno que resulta de um evento estressante ou uma ameaça percebida à autointegridade	<p>Maturacional ou desenvolvimental - eventos previsíveis que ocorrem normalmente na vida da a dos indivíduos (infância, criança jovem, idade escolar, adolescência, adulto jovem, adulto, meia-idade e velhice).</p> <p>Situacional- ocorre quando, eventos imprevisíveis ameaçam a integridade biológica, social ou psicológica da pessoa.</p> <p>Social- são crises acidentais, incomuns e imprevistas que envolvem múltiplas perdas e/ou mudanças ambientais extensivas (desastres, vulcões, crimes). As crises sociais não ocorrem normalmente nas vidas das pessoas.</p>	- Períodos de transição, perda e desafio.	- Idem Caplan	- Percepção do evento, suporte situacional viável e mecanismos de enfrentamento.	- Equilíbrio.

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
3- Clements (1983).	Desequilíbrio psicológico numa pessoa face a uma circunstância perigosa que se constitui num problema importante. A pessoa pode, por um período, nem escapar nem resolver com seus recursos costumeiros de resolução de problemas.	Desenvolvimento e situacional (idem Caplan).	- Ambiente (furacão, terremoto, etc.) ou provir da família (morte de um membro, divórcio, perda financeira, o nascimento de uma criança com mal formação etc.) Riscos (perda de emprego, doença severa, uso de drogas e álcool.	- Idem Caplan.	- Percepção do evento; suporte situacional viável e mecanismos de enfrentamento.	- Equilíbrio.
4- Geissler (1984).	Evento ou ponto no tempo, situação e confusão intrapsíquica, impedimento ao objetivo desejado, um ponto decisivo que requer uma ação e um período de instabilidade psicológica.		- Ameaça, perda ou obstáculo.		- Estressor ou evento perigoso.	- <i>continuum</i>

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
5- Brownel (1984).	Implica em uma experiência mais intensa e de vida curta, sendo um período em que os recursos pessoais e a capacidade para resolução de problemas está falhando.	Desenvolvimento mental e situacional.	Ameaça, perda ou obstáculo	<ul style="list-style-type: none"> - Pré-crise - Crise imediata: sentimentos de negação, tensão elevada, ansiedade sempre crescente e insegurança. - Crise intermediária: desorganização psicológica, tentativas de reorganização, fuga do problema e isolamento social. - Crise avançada: mudança de papel, comportamento confuso, desgaste físico e emocional, insegurança no futuro, perda da liberdade e da autoimagem. - Crise extrema: fraqueza extrema, ruptura da situação de vida, ansiedade elevada. 	- História pobre para o manuseio do estresse: alta probabilidade de expor-se ao evento estressante; suporte social inadequado; falta de habilidades de enfrentamento.	- <i>continuum</i>
6- Geissler/Brownel (1984)	Tem o potencial para o crescimento, uma conotação positiva, que serve para elevar o nível de saúde mental do ser humano.					

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
7- Aguilera e Messick (1986)	Crise significa perigo transitório que tanto apresenta ao ser humano uma oportunidade de crescimento de personalidade, quanto o perigo crescente de vulnerabilidade do distúrbio mental.	Idem Caplan	Idem Caplan	Idem Caplan	Idem Caplan	- Equilíbrio
8- Williams e Aguilera (1988)	É um aspecto inevitável da existência humana. Ocorre quando uma pessoa face a um obstáculo para objetivos importantes de vida, este, por um período, torna-se insuportável através da utilização de métodos costumeiros de resolução de problema.	Idem Caplan	Periodos de perda, ameaça ou desafio.	- Elevação de tensão, nível de tensão continua a aumentar, desorganização da personalidade. - Período de pré-crise, de crise (ameaça), de pós-crise (equilíbrio).	- Percepção do evento, suporte situacional viável e estratégias de enfrentamento	- Equilíbrio; - <i>Continuum</i> ; - Sistemas.
9- Hoff (1989)	Transtorno emocional agudo de origem social, desenvolvimental e situacional e resulta de uma incapacidade temporária para enfrentar através dos meios comuns de resolução de problemas. É autolimitada	Situacional, social/cultural e desenvolvimental ou transicional (passagens da vida).	- Situações traumáticas (material, pessoal, física, interpessoal); estado de transição (desenvolvimentais e outros); valores culturais e estrutura social.	Idem Caplan	- Perda, a própria rede social e o suporte situacional.	- Dinamismo; - <i>Continuum</i> .

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
10- Taylor (1992)	Crise é uma resposta a um evento percebido como nocivo - uma ameaça, perda ou um desafio.	Idem Caplan	Perda, ameaça ou desafio.	- Negação; aumento da tensão; desorganização; tentativas de reorganização; fuga do problema e pseudo-resolução.	- Desarmonia entre a dificuldade e a importância da situação e os recursos viáveis. - Interação do evento, seu significado para o ser humano ou para a família e sua incapacidade para manejá-lo.	- Equilíbrio; - <i>Continuum</i> .

AUTOR	CONCEITO	TIPOS	ORIGEM	FASES	FATORES	FOCO
11- Moffatt (1987)	A crise é o tomar consciência da inexistência do tempo como qualidade objetiva, a construção cultural se desarma e se tem a vivência do vazio. A crise se manifesta pela invasão de uma experiência de paralisção da continuidade do processo de vida. De repente nos sentimos confusos e só, o futuro se apresenta vazio e o presente congelado. Se a intensidade da perturbação ou a consequência de uma mudança imprevista (traumática), aumenta, começamos a nos perceber como "outro" isto é, temos uma experiência de despersonalização.	Crises evolutivas e crises traumáticas (imprevistas). As primeiras são as que se produzem à chegada de novas etapas previstas; as segundas são consequências de um acidente inesperado. As crises evolutivas são: o parto, o desmame (com 1 ano), o ingresso à escola (e simultaneamente a crise edípica - aos 5 anos), a puberdade (aos 12 anos), a separação da família de origem (a exogamia - aos 20 anos), a crise da metade da vida ("midlife crisis" - aos 40 anos), a jubilação (aos 60 anos), a decrepitude e a morte. As crises traumáticas podem ser acidentes ou morte repentina de um dos pais.	Perturbação ou mudança imprevista.	<ul style="list-style-type: none"> - Invasão de uma experiência de paralisção do processo de viver; - Sentimentos de confusão e solidão; - Aumenta a intensidade da perturbação; - Despersonalização e desacerto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo e inesperado de uma situação vivida pelo ser humano. - Percepção da situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Continuum</i>; - Temporalidade; - Dinamismo.

3 - APRESENTANDO UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA QUE ENFRENTA UMA DOENÇA AGUDA

Neste capítulo apresento uma proposta de assistência à família que enfrenta uma situação de crise por uma doença cardíaca coronariana em um de seus membros. Inicialmente, faço a abordagem do marco conceitual que serviu de guia para o desenvolvimento da prática. Posteriormente, apresento o processo de enfermagem intitulado "Enfrentando a Crise".

Esta proposta de assistência representa um desafio para o enfermeiro habituado ao imediatismo das unidades de terapia intensiva, porque requer, a todo instante, uma postura de aprendiz diante das famílias/grupos, compartilhando de suas experiências, respeitando e aprendendo a esperar o seu momento de aprender.

3.1- O MARCO CONCEITUAL

A partir da literatura sobre a Teoria da Crise, emergiu o marco conceitual que é entendido por Neves & Gonçalves (1984) como uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. Trentini (1987), por sua vez, acrescenta que o marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados com a finalidade de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de uma maneira abrangente.

Dentre os autores consultados que influenciaram o desenvolvimento do marco destacaram-se: Caplan (1980), Haber (1982), Clements (1983), Aguilera & Messick (1986), Williams & Aguilera (1988), Hoff (1989), Wooley (1990) e Taylor (1992).

O marco conceitual para assistir ao paciente e sua família que experenciam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida (infarto), é aqui entendido como uma elaboração mental organizada e inter-relacionada logicamente entre os vários conceitos da teoria da crise, a fim de direcionar a prática do enfermeiro. Desta forma, o marco atua como subsídio para o desenvolvimento da prática assistencial.

O conceito-base do marco é o de crise, porque o impacto da doença provoca alterações profundas na vida do paciente e de sua família, pois os recursos que dispunham e que foram mobilizados ou desenvolvidos não foram suficientes para enfrentar a situação. O instrumento básico para o processo de enfermagem "**Enfrentando a crise**" é a percepção, não apenas do "corpo" do paciente, mas da totalidade, que se revela impregnada de subjetividade e se mostra como expressão naquela situação experienciada (Penna, 1990). A percepção é um instrumento mútuo para a compreensão de uma situação de crise, tanto para o enfermeiro, quanto para a família e/ou grupo que a experenciam.

A partir dos eventos preocupantes, a enfermagem procura formular postulados, proposições e princípios, com a finalidade de formar um corpo de conhecimentos, referencial teórico ou conceitual, adequando-o à assistência (Neves & Gonçalves, 1984). Sendo assim, na elaboração dos conceitos, busquei fundamentação na teoria e na literatura disponível, interpretando-a para as situações em estudo.

Para orientar na escolha dos conceitos, parti de alguns pressupostos. Estes "são significados assumidos arbitrariamente ou tentativamente aceitos, que são até certo ponto verdades" (Duldt & Giffin, 1985, p.83). Ou seja, os pressupostos são propostas consideradas verdadeiras no momento, podendo ser instáveis e observadas como falsas no futuro. Os **pressupostos** que fizeram parte da proposta foram assim descritos:

- **O ser humano é dotado de capacidades potenciais** como o pensar para viver, para enfrentar situações de crise e ser influenciado por uma variedade de forças internas e externas que atuam sobre o seu desenvolvimento. Por natureza, o ser humano é social e depende dos outros e do ambiente para supri-lo com avaliações refletidas de seus próprios valores (Caplan, 1980).

- **Todo ser humano faz parte de uma família.** É ela que interfere na saúde de seus membros, socializando-os e transmitindo-lhe crenças, valores, parentescos; ajudando, assistindo e mobilizando forças para enfrentar crises durante seu processo de viver. A família é a base para o desenvolvimento do ser humano, constituindo-se no elo crucial entre este e a sociedade.

- **Um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida** (como o infarto agudo do miocárdio), **provoca uma situação de crise para a família.** Nesta situação, interagem a doença, o seu significado para a família e sua capacidade para administrá-la (Aguilera & Messick, 1986 e Taylor, 1992). A crise, quando percebida como oportunidade de crescimento, é uma força familiar, isto é, há a possibilidade da família

empregar uma situação de crise ou uma experiência traumática de forma construtiva (Otto, 1973). Isto significa que a crise estimula a família e/ou grupo a crescerem com a experiência, porque encoraja a criação de novas forças e habilidades de enfrentamento na família, além de mobilizar as já existentes, ampliando a compreensão da situação.

- **O objetivo da intervenção do enfermeiro, equipe de enfermagem e outros profissionais** na crise é auxiliar para que o paciente e sua família e/ou grupo mobilizem suas forças e habilidades de enfrentamento já existentes ou em potencial e busquem suporte situacional viável, a fim de alcançarem a rápida reintegração social (Taylor, 1992).

- **Assistir**, em enfermagem, significa "**preocupação com**" ou "**solicitude**" (relacionamento de forma envolvente e significante) **do enfermeiro e da equipe de enfermagem** para com a família e/ou grupo que experenciam uma situação de crise por um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida (a doença) em um de seus membros. Esse "assistir" na enfermagem se projeta através do desejo e esperança de conseguir mobilizar e promover as forças e habilidades de enfrentamento da família e/ou grupo, para compreenderem a crise e, com isso, integrarem-se em uma vida mais saudável (Olivieri, 1985).

- **A assistência, enquanto dimensão da própria educação**, tem um papel fundamental no processo de compreensão da crise, ou seja, o de "vê-la" como uma verdadeira oportunidade de crescimento para a família, pois assistir/educar é estar atento ao outro, motivando e percebendo o momento da "prontidão para aprender". O momento de conduzir a família e/ou grupo de uma situação de crise para um caminho mais saudável.

3.1.1- Os Conceitos que compõem o Marco

Os conceitos apresentados a seguir foram a base para o desenvolvimento da assistência de enfermagem junto às famílias e/ou grupos que experienciavam uma situação de crise por uma doença em um de seus membros. Dentre os conceitos que fizeram parte do marco conceitual destacaram-se: crise, ser humano/família/grupo, saúde/doença, enfermagem/enfermeiro, meio e percepção.

A **CRISE** é vista como uma alteração profunda na harmonia do sistema familiar, dificultando suas ações, pois as forças e estratégias de enfrentamento com que contava já não servem para as novas circunstâncias. Ela é um fenômeno que, ao mesmo tempo, combina ameaça com oportunidade. Representa ameaça, porque as pessoas podem estar dramaticamente influenciadas pelos efeitos negativos sobre seu processo de viver; uma oportunidade, porque faz o ser humano/família refletir sobre a sua vida, estimulando a busca ativa de ajuda e, ao mesmo tempo, tornando-o(a) aberto(a) à intervenção de outros profissionais. As estratégias de enfrentamento são aqui entendidas como processos conscientes ou inconscientes designados para manter a harmonia do *self* do ser humano. Isto é, são estratégias desenvolvidas habitualmente para interagir com o estresse e a tensão. Caplan (1980) e Aguilera & Messick (1986). A crise pode ser desenvolvimental ou maturacional (previsível), quando ocorre nos pontos de transição das mudanças globais vivenciadas pela família durante o processo de crescimento e desenvolvimento. Pode ser situacional ou acidental, quando acontecimentos imprevisíveis ocorrem numa situação de vida da família, ameaçam seu sentido de integridade e suas forças e mecanismos de enfrentamento já utilizados anteriormente não conseguem enfrentar a situação, provocando um sentimento intenso de ansiedade e tensão interior, que refletem no processo de viver da família.

A **CRISE**, neste marco, é um processo dinâmico, visualizada num *continuum* e caracterizada inicialmente por um período de "pré-crise", cujo potencial existe para todos

pelo fato de viver e experienciar a vida e por um período de crise, propriamente dito, no qual há o impacto de uma nova situação, podendo-se experienciar negação, desorganização, ansiedade, formar opiniões, tentando compreender a situação. Estes sentimentos podem se manifestar em maior ou menor intensidade, dependendo do tipo de ajuda que a família recebe e da qualidade do suporte social mobilizado. Posteriormente, emerge um período de "pós-crise", que se notabiliza por um repertório maior ou não de respostas fortificadoras. Um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida como uma doença aguda em um dos membros da família provoca uma situação de crise para a unidade familiar.

A **FAMÍLIA** é uma unidade dinâmica formada por pessoas que se percebem como família e compartilham de um meio familiar, trocando constantemente saberes, práticas, valores, crenças e desenvolvendo os papéis sociais que são definidos mutuamente entre os membros que compõem esta família e que repercutem no seu processo de crescimento e desenvolvimento. É uma unidade porque é vista como um sistema social e não apenas a soma de seus membros, visto que possui uma estrutura própria, diferenciada dos membros que a constituem, exercendo influência e sendo por eles influenciados. É dinâmica porque evolui e muda continuamente, socializando e desenvolvendo seus membros. Numa situação de crise, a família passa a desenvolver uma dinâmica de flexibilidade em seus papéis sociais na tentativa de ajudarem-se mutuamente com o intuito de manterem a estrutura apreendida da unidade familiar. A família, como uma unidade que experencia situações de crises maturacionais (nascimento, infância, idade escolar, puberdade, separação da família de origem, adulto, jubilação, velhice e morte) pode ainda experienciar crises situacionais ou acidentais. É capaz de mobilizar recursos internos e externos e ser fonte primária de suporte social para os seus membros, a fim de que estes consigam compreender a crise, podendo sair fortalecida da situação ou enfraquecida. A família pode ser uma fonte ativa de ajuda na crise de seus membros atuando como um pólo fortificador.

Todo **SER HUMANO**, seja ele paciente ou cliente, integrante de uma família, é um ser "inteiro", consciente, livre, que participa e se relaciona de/com uma determinada cultura, grupo social, político, étnico e religioso, desenvolvendo sua história. É inteiro, consciente e livre porque não é apenas um corpo, mas capaz de pensar, abstrair, decidir sobre o curso de sua vida e desenvolver seus papéis sociais, transformando-se a si próprio e ao meio em busca de um viver mais saudável, a partir de uma situação de crise. Este viver mais saudável é o reflexo da história desenvolvida e experienciada entre o ser humano/família/grupo e o meio, em seu processo de viver.

O **GRUPO**, neste marco, é entendido como um sistema identificável, composto por seres humanos engajados na mobilização de suporte entre seus membros com um objetivo em comum: a compreensão da crise. Portanto, o grupo não é apenas um aglomerado de indivíduos. É um meio onde os seres humanos se relacionam uns com os outros, expressando seus temores, sentimentos e planos, para superarem a situação. O grupo é um sistema porque o comportamento de qualquer um de seus membros afeta e é afetado pelos outros membros do grupo e deve ser visto como um reflexo da maneira de ser do grupo. É identificável porque tem identidade única, formando uma estrutura de característica própria, pois seus membros modificam seu comportamento para se adaptarem à singularidade do grupo (Taylor, 1992).

O **PROCESSO SAÚDE-DOENÇA** faz parte do processo de viver do ser humano/família/grupo, sendo contínuo e dinâmico, envolvendo iniciativa, habilidades, valores, julgamentos e integração de cada ser humano para assumir responsabilidades sobre a saúde. A síntese destes valores, crenças, opiniões e atitudes influenciam o seu comportamento em saúde. Ser saudável, neste marco, é ser ativo no processo de existir, é ser capaz de (re)criar e crescer através de uma situação de crise. Ou seja, é ser capaz de transformar a situação a partir da experiência, produzindo mudanças, por mínimas que sejam. Este processo saúde-doença não é apenas um processo biológico de cada membro individualmente, mas passa pela compreensão mais ampla das condições políticas, sociais,

econômicas e culturais do meio e de como o ser humano/família/grupo percebem esta situação e interagem através de uma postura ativa para a conquista de sua saúde. O processo saúde-doença evolui de forma irreversível no *continuum* tempo-espço, no qual o passado se incorpora e novos padrões emergem para viver o presente, mostrando interação do ser humano com o meio e, à medida que este percebe e interage com o mesmo, novas formas de viver saudável são proporcionadas.

O **MEIO** compreende as condições, circunstâncias e/ou influências internas e externas que permeiam e afetam o desenvolvimento e o comportamento do ser humano/família/grupo. Influencia o aparecimento de crises maturacionais ou situacionais, assim como a mobilização de recursos positivos ou negativos para enfrentar e compreender a situação. Pela influência do meio, a crise situacional pode representar ameaça intensa pelos seus efeitos negativos sobre a saúde do ser humano ou oportunidade para o seu crescimento e seu desenvolvimento. O meio influencia e é influenciado pelo processo saúde-doença do ser humano/família/grupo, podendo-se dizer que, se o meio for acolhedor, positivo e promotor da vida, os mesmos mobilizar-se-ão para relações com outras pessoas em busca do seu ser saudável. O enfermeiro e outros profissionais podem influenciar o meio atuando junto com o ser humano/família/grupo, a fim de contribuir para que estes saiam fortalecidos de uma situação de crise, aproveitando os recursos já existentes ou auxiliando a produzir novos. Assim sendo, o meio circunda padrões e forças gerais, evolui e muda continuamente e, através da percepção de uns com os outros (enfermeiros, outros profissionais e família/grupo), interações recíprocas e relações sociais são proporcionadas.

A **ENFERMAGEM** é uma profissão que tem a responsabilidade de desenvolver circunstâncias que favoreçam a mobilização de forças internas e externas e as habilidades de enfrentamento do ser humano/família/grupo em busca de uma vida mais saudável, especialmente quando estão experienciando uma situação de crise por um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida em um de seus membros e/ou crise maturacional, a fim de que consigam sair fortalecidos, enfrentando e compreendendo a

situação. Estas forças são potencialidades inerentes, adquiridas e/ou compartilhadas que impulsionam o ser humano/família/grupo a um cotidiano melhor. As forças internas destes, são seus próprios recursos, como a auto-estima, esperança, amor, valores e crenças, enquanto que as forças externas são as pessoas, os recursos físicos, materiais e políticos, dentro de um determinado contexto. O **ENFERMEIRO** pode mobilizar as forças internas e externas do ser humano/família/grupo e suas habilidades de enfrentamento, ampliando sua compreensão da situação, apoiando-os na expressão de seus sentimentos negativos, assinalando caminhos de exploração que sejam positivos, ajudando-os a verem o que está acontecendo para que possam recuperar a esperança de influenciar o processo de viver, abrindo canais de comunicação com outras pessoas significantes, parentes, amigos e outros profissionais. Isto significa utilizar as forças e habilidades de enfrentamento do ser humano/família/grupo já existentes ou desenvolvidas durante uma situação de crise, para influenciar sua saúde em direção positiva. O potencial para uma situação de crise existe para todos; entretanto o ser humano/família/grupo podem sair fortalecidos da situação pela mobilização de forças e habilidades de enfrentamento positivas, aproveitando as já existentes e produzindo novas, com a ajuda do enfermeiro e de outros profissionais. Assim sendo, o enfermeiro atua como condutor e fortificador através de um relacionamento envolvente e significativo com o ser humano/família/grupo, buscando a compreensão de uma situação de crise. O profissional planeja com estes, a equipe e outros profissionais, de forma sistemática, contínua e estrategicamente, ações almejando a saúde, com o objetivo de aproveitar os recursos positivos já existentes e ajudar a produzir novos, de modo que os pacientes e suas famílias e/ou grupos saiam fortalecidos da situação e alcancem a rápida reintegração social.

Para assistir o ser humano/família/grupo no enfrentamento e compreensão de uma situação de crise, o enfermeiro poderá desenvolver estratégias tais como: **Antecipar a Orientação**, um recurso que pode ser aplicado tanto nas crises situacionais quanto maturacionais. A utilização desta estratégia consiste em prever dificuldades futuras,

originárias de situações de crise por uma doença, prevendo a indicação de rumos a serem seguidos nas hipóteses presumidas. Seu uso permite atenuar as consequências quando a experiência de crise se concretiza, porque o ser humano/família/grupo já se tornaram familiarizados e conscientes dos possíveis caminhos de respostas saudáveis para enfrentarem os problemas com que se defrontam. A **Visita Domiciliar** tem por objetivo observar, avaliar e atuar junto à família no seu próprio meio. O **Grupo de Suporte**, outra possibilidade, tem por finalidade ajudar os seus membros a mobilizar e desenvolver forças e habilidades de enfrentamento para compreender a situação de crise. **Trabalhar o meio e as reuniões com a equipe de enfermagem e outros profissionais** têm o objetivo de influenciar as transformações da situação. (Haber, 1982).

A **PERCEPÇÃO** é entendida como o processo pelo qual cada pessoa compreende os estímulos do meio (a realidade) através de seus sentidos e de suas relações com os outros. (Penna, 1990). Através da percepção, interações recíprocas e relações sociais são proporcionadas, possibilitando ao enfermeiro desenvolver seu papel de educador (condutor e fortificador) na situação de crise. A percepção é fundamental para que o enfermeiro possa interagir com o ser humano/família/grupo e possa compreender o que um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida é capaz de provocar na unidade familiar. A percepção do ser humano/família/grupo sobre sua situação determina quais forças e estratégias de enfrentamento poderão ser mobilizadas para compreendê-la. Interagir significa neste marco o processo de perceber, pensar e sentir, que acontece entre duas ou mais pessoas, influenciando-as. As estratégias de enfrentamento mobilizadas durante uma situação de crise são os próprios recursos que o ser humano/família/grupo dispõem, ou que são desenvolvidos e compartilhados através das relações entre as pessoas. É imprescindível que o enfermeiro esteja atento ao outro, motivando e percebendo o momento de "prontidão para aprender" do ser humano/família/grupo em uma situação de crise, de forma que este período sirva como uma oportunidade para o seu crescimento Caplan (1980), Hoff (1989), Penna (1990) e Neves (1993).

A família e/ou grupo, ao perceberem a crise em um de seus membros, podem mobilizar suas forças internas e externas, buscando enfrentar e compreender a situação, objetivando integrar-se em um caminho mais saudável. O enfermeiro pode influenciar a percepção do ser humano/família/grupo, utilizando seus próprios potenciais sensoriais e cognitivos. Associamos as subjetividades para que o mundo objetivo exista, formando um campo de percepção; participamos das experiências vividas em comum, permitindo compartilhar compreensões, interpretações, comunicações e desvendar discursos (Penna, 1990). A partir daí, é possível conseguir a percepção das diferenças de cada membro da família e/ou grupo, lembrando que nossa percepção de objetos, pessoas e nossa própria experiência nos distingue, pois formamos a concepção de um ser que, embora abranja o todo, ainda é limitada, pois as pessoas têm muitas tendências, capacidades e interesses.

Portanto, o que interessa para a enfermagem não é somente registrar as ações do ser humano/família/grupo durante uma situação de crise mas, principalmente, o significado daquelas ações expressivas, porque para interpretar o outro ser é preciso transportar-se para ele e tentar imaginar-se no seu lugar. Para isso é mister um grande esforço de introspecção e auto-avaliação constante do enfermeiro e outros profissionais, a fim de que as tendenciosidades sejam reduzidas para que o processo de percepção se desenvolva em consonância com aquele do ser humano/família/grupo, buscando ações orientadas para a sua valorização e auto-afirmação (Olivieri, 1985).

3.2- O PROCESSO DE ENFERMAGEM "ENFRENTANDO A CRISE"

O processo de enfermagem, intitulado "**Enfrentando a Crise**", foi fundamentado no marco conceitual para ser compartilhado com o ser humano/família/grupo de forma envolvente e dinâmica. Este compartilhar previa a ajuda aos membros da família/grupo para mobilizarem suas forças e estratégias de enfrentamento a fim de compreenderem uma situação de crise como uma verdadeira oportunidade de crescimento.

Segundo Horta (1979, p.35), o processo de enfermagem "é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos". Por outro lado, Griffith-Kenney & Christensen (1986) definem o processo de enfermagem como uma atividade deliberada, lógica e racional, por meio da qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente. Através do processo, segundo estas autoras, o enfermeiro utiliza o corpo de conhecimentos de enfermagem para avaliar o estado de saúde do ser humano, fazer julgamentos e diagnósticos, implementar, planejar e avaliar ações de enfermagem apropriadas.

O processo de enfermagem aqui proposto foi visto como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que visaram guiar a assistência de enfermagem não somente ao indivíduo, mas também, a toda sua família e/ou grupo, incluindo um processo educativo. Constitui-se de uma série de ações integradas e contínuas de enfermagem, que aqui estão descritas separadamente mas que, na prática, sobrepuseram-se de forma dinâmica. Estas ações visaram compreender e assistir o ser humano/família/grupo que experienciavam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaçava a vida (infarto do miocárdio), a fim de que conseguissem sair fortalecidos desta experiência. É admissível supor que o processo de enfermagem seja um dos caminhos que busca ampliar e definir o espaço da enfermagem como profissão de saber específico. Este saber, que influencia decisivamente as ações a serem desenvolvidas, necessita de definições claras, objetivas e

abrangentes, para que possa sustentar com firmeza e coerência as atuações por ele impulsionadas. É, não obstante, compartilhado com os saberes de outros profissionais e do ser humano/família/grupo, ampliando assim o processo de compreensão da situação de crise.

Dentre as etapas que fizeram parte do processo de enfermagem, destacam-se: **Definindo a situação**, que corresponde ao histórico, análise e síntese dos dados com posterior diagnóstico; **Descobrir e propondo caminhos**, que corresponde ao planejamento de prioridades, objetivos, estratégias, assistência de enfermagem, razão científica e implementação; **Avaliando a situação**, que permeia todas as etapas do processo e destina-se a avaliar a efetividade da intervenção planejada e a evolução da crise no ser humano/família/grupo. Essas etapas do processo foram vistas como flexíveis, dinâmicas e, embora tendo uma seqüência, isto não significava que o processo devesse ser aplicado de uma forma rígida e autoritária. Era preciso que ele fosse desenvolvido num "IR e VIR" com o ser humano/família/grupo para se descobrir o melhor caminho a percorrer.

O instrumento básico do processo foi a percepção, fundamental na compreensão de uma situação de crise e imprescindível ao processo de interação. Tinha consciência de que a percepção da situação é diferente para cada pessoa, pois a crise pode ser percebida como uma ameaça ou oportunidade de crescimento. O enfermeiro, neste processo dinâmico e flexível, percebendo a situação de crise que o ser humano/família/grupo estão experienciando, atua como um condutor e fortificador para/com estes através de um relacionamento envolvente e significativa com os mesmos.

Para a concretização do processo de enfermagem era necessário existir um envolvimento do enfermeiro e sua equipe, bem como de outros profissionais da Instituição que se sentissem motivados a participar da proposta. Alguns enfermeiros das unidades de internação participaram da elaboração e desenvolvimento da proposta de reuniões de grupo

de suporte e a enfermeira do ambulatório ofereceu-se para participar das visitas domiciliares.

Com o objetivo de estimular o interesse e a participação de mais profissionais neste processo de enfermagem, foi indispensável promover-se amplas divulgações da proposta, fazer convites individuais e discussão das estratégias em reuniões de equipe de enfermagem para o envolvimento dos profissionais durante a assistência às famílias e/ou grupos.

Ao compartilhar o processo "Enfrentando a Crise" com a família, interpretar-se-ia que o potencial para o desenvolvimento de uma situação de crise existe para todas as pessoas como num *continuum*: durante a hospitalização e no domicílio, identificar-se-iam os períodos de pré-crise, crise e pós-crise e suas respectivas características. Cada nova situação corresponderia a períodos diferentes, num movimento sempre à frente, mostrando interação do ser humano/família/grupo com o meio

O processo foi planejado para ser aplicado desde a internação do paciente na Unidade Coronariana do Instituto de Cardiologia até as enfermarias e domicílio por um período de dois meses (período este referido pela literatura como sendo a duração média de uma situação de crise - 04 a 06 semanas) estando, contudo, a enfermagem aberta e atenta para a necessidade de uma assistência mais prolongada que o período proposto. São apresentados na sequência, a definição de cada etapa do processo, assim como a especificação dos instrumentos utilizados para sua implementação.

3.2.1- Definindo a situação

Esta foi a primeira fase do processo de enfermagem e consistiu na contínua coleta de dados, objetivos e subjetivos, sobre as necessidades de saúde do ser humano/família/grupo, envolvendo seus sentimentos, preocupações, forças e habilidades de enfrentamento. Fundamentou-se: nas crenças, valores, conhecimentos e aptidões do

enfermeiro; na capacidade do ser humano/família/grupo perceber e expressar seus sentimentos; nas suas habilidades em mobilizar suas forças e estratégias de enfrentamento para compreender a situação e na capacidade de juntos enfermeiro, equipe de enfermagem, outros profissionais, família e/ou grupo definirem a situação de crise.

Para a coleta de dados, fase considerada primordial no processo de enfermagem, os conceitos foram operacionalizados e alguns instrumentos selecionados. Em cada instrumento abordado no processo, a percepção foi crucial para desenvolver uma atmosfera interativa com o ser humano/família/grupo. Entre os instrumentos que foram utilizados, constatou-se a observação interativa, a entrevista e a descrição da situação.

A observação interativa tratou-se de uma observação livre, em cujo cenário o enfermeiro foi, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por ela (Ludke & André, 1986 e Minayo, 1993). Procurou-se, a partir daí, um envolvimento do profissional na situação de crise, desempenhando o papel de observador, interagindo junto ao ser humano/família/grupo em reuniões de grupo de suporte, durante as entrevistas, no momento de estar com o paciente e seus familiares, na Unidade Coronariana, na Enfermaria ou no domicílio, identificando e revelando os objetivos centrais do trabalho, buscando sempre manter a perspectiva de totalidade da situação.

A observação interativa foi escolhida porque possibilitou uma relação pessoal e estreita do enfermeiro, equipe de enfermagem e outros profissionais com o paciente e sua família. Através desta observação, buscou-se compreender e interpretar a situação de crise, o que exigiu um grande esforço de introspecção e auto-avaliação constante. No decurso da observação, esperei chegar mais perto da perspectiva dos sujeitos, descobrir aspectos novos da situação e coletar informações quando a fala não era possível, como por exemplo, um paciente que se encontrava num momento de inconsciência por narcose anestésica de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Nesta situação, a observação tornou-se fundamental, pois procurei observar como a família agia com o paciente: suas expressões faciais, sua

comunicação, seus gestos, seu olhar, o afeto, o toque, entre outros. A observação interativa possibilitou a observação direta da situação de crise.

Através da percepção e interação, formou-se uma atmosfera de troca entre quem perguntava e quem respondia. Para tal foi desenvolvido um roteiro básico de entrevista. Não houve imposição ou uma ordem rígida de questões e o entrevistado podia discorrer sobre o tema proposto com base nas informações que ele detinha e que, no fundo, eram a verdadeira razão da entrevista. Na medida em que havia um ambiente de estímulo e aceitação mútua, as informações fluíam de modo autêntico e natural (Ludke & André, 1986). [Apêndice 1]

O objetivo da entrevista era de compreender o ponto de vista das famílias durante a experiência de doença aguda (infarto) em um de seus membros. Tratou-se, portanto, de uma guia para coletar informações. A entrevista foi elaborada para o paciente e seus familiares e implementada durante a hospitalização.

Outro instrumento utilizado no processo foi a descrição da situação que consistiu de um instrumento para a compreensão da realidade. Neste sentido, Minayo (1993) relata que essa descrição pode ser uma parte da história de vida tópica do paciente que dá ênfase a determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização. Assim sendo, buscou-se o relato verbal da experiência de uma situação de crise, tal como foi vivenciada pelo paciente e seus familiares. Combinou-se, com a percepção, a observação interativa e a entrevista, buscando-se interagir dinâmica e continuamente com as famílias.

O exame físico e a consulta ao prontuário do paciente também foram instrumentos necessários para a etapa "Definindo a situação". O exame físico consistia na inspeção, palpação, percussão e ausculta, complementados por alguns aparelhos elementares, que fazem parte da rotina de qualquer examinador (termômetro, balança, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro etc.). O prontuário, por sua vez, resumiu-se no

registro dos dados necessários para a compreensão da situação do paciente que experienciava uma doença cardíaca coronariana.

As informações foram gravadas e transcritas imediatamente após cada encontro. Foram também utilizadas as notas de campo, que basearam-se no registro de eventos especiais ou outras observações, durante o desenvolvimento dos encontros.

Foram registrados, também, em formulário próprio, os dados levantados na prática. Este formulário consistiu de três campos: descrição do encontro, termos concluídos e notas teóricas. Na DESCRIÇÃO DO ENCONTRO registravam-se o relato dos sujeitos, a reconstrução dos diálogos, do local, descrição dos eventos especiais, das atividades gerais e dos comportamentos das pessoas, as atitudes, ações e conversas do enfermeiro com os participantes do trabalho. Nos TERMOS CONCLUÍDOS foram consignados os comentários de observação (sentimentos, interpretações e idéias emergentes). Por fim, eram transcritas as reflexões teóricas sobre os termos concluídos, que corresponderam às NOTAS TEÓRICAS. (Curso Pesquisa Qualitativa, São Paulo, 1992). [Anexo 1]

Ainda nesta etapa, abordaram-se três questões consideradas fundamentais. A primeira, era determinar o motivo ou o acontecimento que precipitou a situação de crise e a percepção do paciente e sua família da situação, a fim de identificar o que estava acontecendo, o período em que as reações apareceram e os fatores que influenciaram a precipitação da crise, assim como o significado da situação para os mesmos. A segunda, referia-se à identificação das forças e habilidades de enfrentamento mobilizadas ou desenvolvidas pelo paciente e sua família e/ou grupo na situação de crise. Estas forças e habilidades imputavam-se as maneiras pelas quais a pessoa agia para compreender a situação. Foi importante determinar como o paciente e sua família e/ou grupo agiam quando a situação se apresentava e eles não conseguiam superá-la. As habilidades de enfrentamento eram individuais, visto que as pessoas podiam chorar, agredir, conversar com um amigo, praticar um esporte, assistir à televisão, ler, ouvir música ou tocar um instrumento, refletir

sobre a situação, entre outras. A terceira dizia respeito à natureza e à força do suporte situacional da família/grupo, isto é, como eles estavam se sentindo numa situação de crise, incluindo o meio e a enfermagem. O suporte situacional referiu-se às pessoas significantes nas relações dos mesmos, que eram importantes para ajudá-los. Procurou-se, então, identificar a presença ou ausência de pessoas representativas na vida deles, além de verificar quais eram as influências destas pessoas sobre eles. O suporte podia ser a presença ou ausência da família, presença ou não de amigos para a família, a própria presença ou não da rede social suportiva e a importância do enfermeiro para a família/grupo.

Finalizando, ainda nesta fase, pretendeu-se avaliar como o ser humano/família/grupo percebiam a situação de crise e quais os fatores que influenciavam e interferiam nestas percepções. Procurou-se, através de um esforço de introspecção (auto-avaliação) constante, reduzir as tendenciosidades, de tal forma que a percepção se desenvolveu em consonância com aquela do ser humano/família/grupo, canalizando as ações no sentido da valorização da pessoa e sua auto-afirmação.

3.2.2- Descobrindo e Propondo Caminhos

Nesta fase, as informações do ser humano/família/grupo, da enfermagem e do meio eram organizadas e analisadas à luz do marco conceitual e intervenções específicas eram propostas e desenvolvidas. Objetivou descobrir o que estava precipitando a crise e em que fase desta aqueles se encontravam. Eram feitas suposições sobre a relação do evento que precipitava a crise com as experiências passadas entre o enfermeiro, as famílias e a equipe. Foram então propostas estratégias a fim de possibilitar a mobilização e o desenvolvimento das forças e habilidades de enfrentamento da família/grupo, para que pudessem compreender a situação e alcançassem a rápida reintegração social.

Na tentativa de compreender e encaminhar a situação, buscava-se perceber o que estava acontecendo, conferia-se a percepção com o paciente e sua família e/ou grupo e,

juntos, explorava-se a percepção mútua da situação. Conexões eram feitas entre o significado do evento e a crise que se desenvolvia. Procurava-se, em conjunto com outros profissionais e com a família, elucidar concepções distorcidas.

Os múltiplos sentimentos que acompanhavam a crise eram igualmente observados e reconhecidos. Isto ajudava as famílias a expressarem seus sentimentos e pensamentos e aceitá-los como importantes naquele momento. Em seguida, passou-se a explorar, com as famílias, alternativas e propostas de forças para a situação e habilidades de enfrentamento, tais como procurar por outras pessoas e verbalizar sentimentos e expectativas. Com base nas percepções e discussões, surgiam propostas que eram trabalhadas na tentativa de compreender a situação. Isto reforçava novas forças e habilidades de enfrentamento, fornecia à família "feedback" positivo, aumentava sua auto-estima e contribuía para a busca de um viver saudável.

Durante o processo **Enfrentando a Crise**, foram utilizadas algumas estratégias para facilitar a compreensão da situação de crise (promoção de forças e habilidades de enfrentamento no paciente e sua família e/ ou grupo), destacando-se: o trabalhar o meio, antecipar a orientação, visitar no domicílio, organizar o grupo de suporte e reunir com a equipe de enfermagem e outros profissionais.

Trabalhar o meio foi a estratégia empregada para influenciar as transformações da situação, física ou interpessoal do ser humano/família/grupo, com o objetivo de promover suporte situacional ou aliviar o estresse. Isto se deu através da promoção de horários flexíveis para visita, de um meio adequado para o repouso, o relaxamento durante a reunião de grupo, ou seja, a promoção de um meio positivo, acolhedor e promotor da vida. Sobressaíram as informações de visita como um instrumento para trabalhar o meio. [Apêndice 2] Este instrumento, além de ser parte integrante do plano de assistência para a família/grupo conforme suas necessidades, foi também um meio para determinar quais eram as famílias que gostariam de promover cuidados aos seus membros,

tais como, alimentação, banho, companhia e apoio. A percepção das necessidades de visitas dos pacientes e familiares teve início logo após a internação de um dos membros da família na unidade coronariana, por entender a angústia e ansiedade de ambos naquele momento. O formulário para as informações de visita, por sua vez, foi completado após 24 horas de admissão do paciente na Instituição. Foram discutidas as preferências de período, de horário, de frequência e de duração das visitas, assim como as relações do paciente com os seus familiares.

Antecipar a orientação foi considerada uma medida que ajudava o ser humano/família/grupo em crise a antecipar certos eventos ou situações, preparando-os para estes, tais como sentimentos e comportamentos que a maioria das pessoas apresentavam quando se encontravam nesta situação. Desta forma, foi possível antecipar e ter tempo para preparar-se para o impacto das mudanças, planejando e mobilizando forças e habilidades de enfrentamento positivas, reduzindo a angústia e diminuindo as situações de ansiedade extrema ou sentimentos desconhecidos. Discutia-se em grupo ou individualmente os aspectos relacionados aos perigos potenciais e procurava-se descrever as situações que poderiam ser observadas, com seus sentimentos concomitantes de angústia, tensão, depressão, privação etc. Depois, ajudava-se a discernir possíveis formas de solução das situações, incluindo a presença de sentimentos negativos.

A visita domiciliar foi considerada outra estratégia fundamental da assistência, que tinha por objetivo observar e avaliar a família no seu próprio meio. Neste sentido, as famílias com potencial para o desenvolvimento de uma situação de crise puderam ser observadas, percebidas e assistidas. A visita domiciliar foi realizada ainda durante o período de internação, a fim de permitir maior interação com a família, dando continuidade à assistência de enfermagem iniciada na Instituição e ajudando-a a se fortalecer para receber o seu familiar. As visitas domiciliares deveriam ser realizadas ainda durante a hospitalização do paciente, ao menos uma vez por semana, para garantir a continuidade da assistência, interagindo com as famílias no seu próprio meio.

A formação do **grupo de suporte** teve como objetivo ajudar as famílias a mobilizar e desenvolver forças e habilidades de enfrentamento para compreenderem a situação, compartilhando experiências semelhantes, esclarecendo questões e aumentando o repertório de respostas fortificadoras para uma situação de crise. Foi importante envolver os enfermeiros das unidades para que participassem ativamente na elaboração e no desenvolvimento das reuniões. As reuniões de grupo de suporte também foram realizadas uma vez por semana, adotando-se a dinâmica proposta pelo grupo. As reuniões foram planejadas e registradas em formulário próprio. [Apêndices 3 e 4]

As **reuniões com a equipe de enfermagem e outros profissionais** tiveram por finalidade promover a participação dos mesmos na prestação de uma assistência mais humanizada ao paciente e sua família que experienciavam um acontecimento súbito, inesperado e que ameaçava a vida. Estas reuniões foram registradas em instrumento próprio. [Apêndice 5]

3.2.3- Avaliando a situação

Esta fase do processo "Enfrentando a Crise", desenvolveu-se durante todo trabalho e consistiu basicamente de dois aspectos:

O primeiro foi a **evolução do paciente e seus familiares e/ou grupo** para enfrentarem e compreenderem uma situação de crise construtivamente, ou seja, a percepção do que estava acontecendo e a mobilização de forças e habilidades de enfrentamento, bem como, analisar se estas forças e habilidades desenvolvidas contribuíram para compreender a situação. Nesta fase, o paciente e seus familiares e/ou grupo eram capazes de identificar os eventos e sentimentos que causaram a crise, avaliar as transformações do estilo de vida e implementar estas transformações para a busca de um melhor viver.

A avaliação promoveu a oportunidade para consolidar a aprendizagem que estava ocorrendo e para identificar novas necessidades que não foram estabelecidas. Além

disso, esta etapa procurou testar a capacidade do paciente e sua família e/ou grupo para estabelecerem suas próprias necessidades.

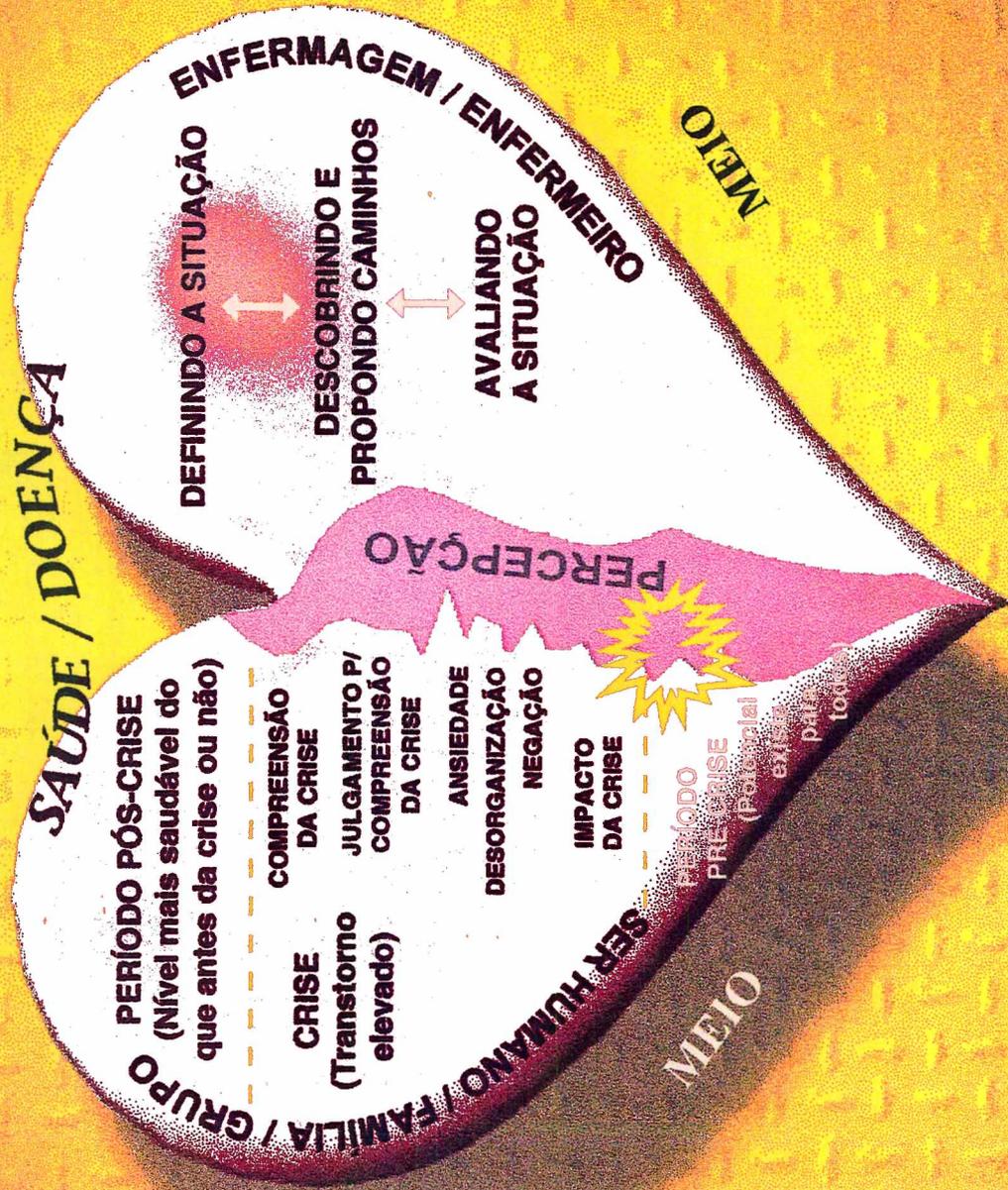
O segundo aspecto foi **avaliar se as estratégias**, utilizadas e desenvolvidas por mim, pela equipe de enfermagem e por outros profissionais, contribuíram para ajudar o paciente e sua família e/ou grupo a compreenderem a crise construtivamente como forma de enriquecimento do seu processo de viver. Ou, dito de outro modo, avaliar se as estratégias permitiram contribuições da enfermagem para assistir as famílias em crise.

Este processo de avaliação poderá se prolongar necessitando que o enfermeiro, equipe de enfermagem, e outros profissionais assistam o paciente e sua família e/ou grupo por mais tempo, pois um aspecto marcante do processo de avaliação é o período no qual a compreensão da situação de crise na família variará em cada caso individualmente.

É importante ressaltar que o fato de os instrumentos - percepção, observação interativa, descrição da situação, entrevista e exame físico - terem sido abordados na primeira etapa do processo, não significou que eles se restringiram somente a ela. Porém, na realidade, eles fazem parte de todas as demais etapas do processo.

Para melhor compreensão da proposta, apresento a seguir, a representação gráfica do marco e processo de enfermagem. [FIGURA 4].

**Marco e Processo de Enfermagem
para assistir o Ser Humano-Família-Grupo
que enfrentam uma Situação de Crise.**



4 - ASSISTINDO AS FAMÍLIAS QUE ENFRENTAM UMA DOENÇA AGUDA

Entendo a família como o contexto social dentro do qual uma situação de crise ocorre e pode ser compreendida; acredito que pode haver uma maneira saudável de se enfrentar uma crise, à medida que é percebida esta dimensão da assistência. Assim sendo, a enfermagem tem um papel significativo na manutenção e desenvolvimento das escolhas em saúde da família

Este capítulo revela o que foi trabalhar com famílias numa experiência de crise por uma doença do coração (o Infarto) em um de seus membros, desde o momento da internação do familiar no Hospital até sua volta para o domicílio, através do processo de enfermagem "Enfrentando a Crise". O capítulo mostra uma opção de como o enfermeiro pode contribuir nesta situação de crise como um condutor e fortificador da unidade familiar e dos grupos, (re)criando e (re)construindo⁴ uma atmosfera envolvente e significativa com seus membros. Conclui-se daí que, a partir de uma experiência de crise, o ser humano/família/grupo fazem suas "escolhas" refletindo sobre seus objetivos na vida, a fim de buscarem novas maneiras de um viver saudável.

⁴ (re)criando e (re)construindo é ressaltado porque simboliza um novo caminho de assistência, aproveitando e ampliando o que já foi construído com/pelo paciente e sua família e/ou grupos aprendendo com eles novas possibilidades de assistir.

4.1- O PROCESSO DE ENFERMAGEM "ENFRENTANDO A CRISE"

No processo de viver, a doença exerce um profundo impacto na percepção de cada pessoa sobre o significado de sua vida. Esta experiência, normalmente, é uma crise para toda a família, fazendo-os, ao mesmo tempo, questionar e refletir sobre o seu significado, assim como sobre o processo de satisfação e realização mais amplos na sua vida.

A nova proposta de assistência foi aplicada a duas famílias residentes na Grande Florianópolis, no período de abril a agosto de 1993. Dentre os critérios principais para a escolha das famílias, destacaram-se: o poder "ser-estar" com elas desde o momento da internação de um de seus membros no hospital, até seu retorno para o domicílio, compartilhando saberes e práticas.

Este compartilhar só foi possível porque as famílias se dispuseram a interagir comigo no processo "Enfrentando a crise", o que possibilitou uma visão do conjunto, uma consciência particular da cultura, da realidade social-histórica à qual as famílias pertenciam. A assistência se deu através de encontros com as famílias durante o período de internação e no domicílio. Procurou-se perceber e compreender como se processava a crise na família devido a uma doença crítica, como o Infarto Agudo do Miocárdio em um de seus membros, suas consequências sobre o processo de viver da unidade familiar e as definições que as famílias faziam sobre crise e sua relação com o processo saúde-doença da família em seu meio.

Foram realizados, em média, 12 (doze) encontros com cada uma das famílias, com uma duração variando de uma a duas horas por encontro, conforme se apresentava a situação. Estes encontros foram realizados no hospital, mais propriamente na unidade coronariana, na enfermaria e também no domicílio, por um período de aproximadamente 60 (sessenta) dias.

A Unidade Coronariana situa-se no Instituto de Cardiologia do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, fundado em 1987 no município de São José/SC. A Unidade Coronariana possui 68 funcionários assim distribuídos: 14 enfermeiros, 29 técnicos de enfermagem, 16 auxiliares, 7 auxiliares de serviços gerais (ASG) e 2 auxiliares administrativos. A unidade de internação possui 58 funcionários, divididos em: 08 enfermeiros, 25 técnicos de enfermagem, 20 auxiliares, 3 atendentes e 2 ASGs. O Instituto abrange um corpo clínico de 36 médicos, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais e 3 fisioterapeutas. É importante ressaltar que essas unidades possuem enfermeiros em constante revezamento ininterrupto, 24 horas por dia.

Os encontros com as famílias aconteceram quando o paciente estava internado na Unidade Coronariana, diariamente, por entender que este período é crucial para o enfermeiro desenvolver uma atmosfera envolvente e significativa com a família e porque, neste período, a família encontra-se mais vulnerável e aberta à intervenção dos profissionais e de outras pessoas. Posteriormente, durante a internação na Enfermaria, os encontros se processavam a cada dois ou três dias e, no domicílio, as visitas se deram, em média, uma vez por semana. Os dias para a visita domiciliar eram marcados na semana anterior, procurando adaptar-se aos horários das famílias.

Como, então, o enfermeiro pode desenvolver e aplicar as fases do processo "Enfrentando a Crise" às famílias de João e Antônio?

4.1.1- Definindo a situação das famílias de João e Antônio

"Definindo a Situação das famílias" foi a primeira fase do processo de enfermagem e consistiu em tomar conhecimento da estrutura familiar, como os seus membros interagem, quais eram as suas crenças, valores, como a família desempenhava os papéis sociais e que importância tinham estes papéis nas suas vidas. Esta etapa também foi crucial para perceber que uma doença crítica, como um infarto agudo do miocárdio em um

dos membros da família, provocava uma situação de crise não somente para este, mas para toda a unidade familiar. Além disso, foi o momento de iniciar minha interação com as famílias, tornar-me conhecida, a fim de conseguir definir qual o período da crise a família se encontrava (pré-crise, crise ou pós-crise) e quais as forças e habilidades de enfrentamento mobilizadas ou desenvolvidas que puderam influenciar na compreensão da situação de crise de forma construtiva.

Nesta fase, existiu um momento que passei a chamar de "**Percebendo as Famílias**", isto é, quando tomava conhecimento das características principais das famílias. Não significou que este momento era isolado, mas ele foi se processando durante o desenvolvimento da assistência.

FAMÍLIA DE JOÃO:

A primeira família a ser abordada é a de João, 57 anos, casado com Maria, 56 anos, há mais de 30 anos, pais de um casal de filhos, Fernando com 32 anos e Márcia com 33 anos, ambos casados. Fernando reside em frente à casa do pai e lhe deu um casal de netos: um menino com 10 anos e uma menina com 06 anos. Márcia reside no mesmo bairro dos pais e também deu a estes um casal de netos. A família de João reside numa casa própria de alvenaria e João trabalha há mais de 15 anos numa empresa de administração pública de economia mista, sempre exercendo cargo de chefia. Sua esposa é do lar, exercendo também a função de ministra da eucaristia na Paróquia do bairro onde residem. João também se considera católico praticante, sendo atualmente o presidente do conselho paroquial, ajudando, sempre que pode, nas atividades desenvolvidas pela Paróquia. Fernando, seu filho mais novo, trabalha numa firma de peças para veículos. Márcia - a mais velha - é do lar. João e Maria têm uma relação muito forte e recíproca

com os netos e todos os dias, após retornarem da escola, passam na casa dos avós. João é hipertenso e descobriu que era diabético durante sua internação. Foi submetido a uma cirurgia na próstata e é descendente de uma família de cardíacos da qual o pai faleceu de infarto aos 57 anos e a mãe, aos 78 anos (no 1o. mês que João estava em casa se recuperando da cirurgia). Embora João soubesse que era cardíaco, pois apresentava cerca de 60% de lesão em uma das coronárias, não fazia nenhum controle ou tratamento. Internou -se na Unidade Coronariana em 28 de abril de 1.993, com diagnóstico médico de infarto inferior e foi submetido ao protocolo de estreptoquinase. Em 7 de maio de 1993 foi submetido a revascularização do miocárdio, ponte de safena para diagonalis (Dg) e mamária interna esquerda para descendente anterior (Da).

FAMÍLIA DE ANTÔNIO

A segunda família analisada foi a de Antônio, de 36 anos, e Ana de 34 anos, casados há 18 anos. Têm dois filhos, do sexo masculino, adolescentes: Ivo de 15 anos e Jaime de 16 anos. Antônio trabalha numa empresa de construção civil e, praticamente, toma conta da empresa. Ana, técnica de enfermagem, nunca exerceu a profissão. Atualmente é do lar, tendo já trabalhado como vendedora de doces e salgadinhos feitos por ela mesma. Ana não se relaciona muito bem com a família do marido, por desentendimentos que teve com seus irmãos. O mesmo não acontece com a família de Ana que vêem Antônio como mais um filho. Esta família reside em uma casa de alvenaria alugada no bairro de Forquilha, em São José/SC. Apesar de pouco contato com os filhos de Antônio e Ana, percebe-se que estes têm um relacionamento muito dinâmico e aberto com os pais. Ambos estudam, trabalham e, nas horas

de folga, Ivo arruma um tempinho para namorar e Jaime para cuidar do corpo e fazer aulas de remo. Antônio também é hipertenso, obeso, descendente de uma família de cardíacos; sua mãe faleceu de derrame cerebral aos 56 anos e seu pai de problemas cardíacos aos 66 anos de idade. Antônio tem um irmão que já sofreu um infarto, é o mais velho de uma família de sete irmãos e uma irmã que, segundo ele, apresenta "coração grande". Antônio e Ana fumam, em média, uma carteira de cigarros por dia e não praticam, com frequência, nenhum tipo de esporte. Esporadicamente, Antônio joga futebol e, há oito anos, não tira férias porque praticamente administra a firma onde trabalha e, por isso, durante os finais de semana, só pensa em descansar. Ana, por sua vez, gosta de andar e jogar vôlei, mas, como o seu marido está em casa apenas em pequenos períodos, prefere fazer-lhe companhia quando ele está. Antônio internou-se na Unidade Coronariana em 12 de julho de 1993 com diagnóstico médico de infarto ântero-septal, com obstrução da descendente anterior (Da) e lesão severa da diagonalis (Dg) e lesão severa da Vp da coronária direita (Cd). Foi submetido a uma angioplastia sem sucesso e, posteriormente, a uma cirurgia cardíaca, com pontes de safena da Vp para marginal (Mg) e coronária direita, e Mle para a diagonalis (Dg).

À medida que ia percebendo as famílias, descobria que esta primeira etapa, "definindo a situação", caracterizava-se por três estágios que, dependendo do próprio potencial das famílias e do tipo de ajuda que recebiam, poderiam ser mais ou menos intensos.

O primeiro estágio chamei de "**admissional ou de internação**". É um período mais físico, de alívio da dor e estabilização das condições hemodinâmicas. As famílias ficam absorvidas pelas percepções dos sintomas de seu familiar doente e pela questão de sua

sobrevivência e, geralmente, não chegam a refletir sobre esta experiência. Entretanto elas podem aprender assim mesmo pois, embora este momento ainda seja desconhecido e assustador, está ampliando seu repertório de respostas na busca de alternativas mais íntimas para enfrentá-la, a sua força interior. É um período intenso e de incertezas para toda a família, de conflito interior, medo e ansiedade. É mais intenso para as famílias, possivelmente por estarem imaginando o que o paciente está sentindo, tentando transportar-se para ele e, ao mesmo tempo, associando-o ao significado de uma unidade de terapia intensiva, cercada de aparelhos e que recebem somente "doentes graves". Além disso, alguns membros da família, como por exemplo a esposa, podem ser extremamente dependentes do paciente. Para ela, este momento torna-se muito mais angustiante, porque sentimentos de desamparo e insegurança invadem todo seu ser. Sob outro ângulo, para o paciente que está internado, este momento de crise não é tão intenso, porque a pessoa está interagindo com o meio mais rapidamente, vendo o tratamento que está sendo administrado e percebendo alívio dos sintomas.

Este momento agudo, digamos assim, é caracterizado pela interrupção dos hábitos e padrões comuns da vida das famílias. As reações normalmente (re)veladas neste período são de revolta ou submissão, ou como se fossem um adversário a ser combatido. Abordando este aspecto, Remen (1993) afirma que este período, para alguns, é de medo, confusão e ansiedade, pois as estratégias anteriormente bem-sucedidas para se lidar com o mundo e as defesas outrora eficazes, agora se tornam insuficientes e, até mesmo, inúteis. Para outros, este período torna-se uma oportunidade de aprender a receber ajuda de outros e desenvolver a confiança necessária de que é uma pessoa forte e completa.

Daí concluo que, por ser um período extremamente traumático para as famílias, é um período crucial para o enfermeiro desenvolver uma atmosfera envolvente e significativa com as famílias, através da interação. É um período em que se percebe certa "passividade" (dependência) por parte das famílias, as quais estão mais abertas e receptivas à intervenção dos profissionais de saúde, aprendendo a receber ajuda de outras pessoas.

A seguir, procuro mostrar um diálogo com a família neste momento:

João internou-se na Unidade Coronariana às 14:30 horas do dia 28 de abril de 1993, com o diagnóstico de Infarto agudo do miocárdio (IAM). Ao tomar conhecimento de sua internação, imediatamente preparou-se o seu leito com roupa de cama, monitor cardíaco, carrinho de emergência e de eletrocardiograma, bomba de infusão, suporte de soro, frasco de aspiração, fluxômetro e umidificador, aparelho de sinais vitais... enfim, toda a aparelhagem e materiais que fazem parte de uma unidade como esta. João chegou ao setor em cadeira de rodas, sendo conduzido por um funcionário da Emergência e acompanhado por seus familiares.

Aproximo-me de João apresentando-me como a enfermeira que iria cuidar dele durante sua internação na Unidade Coronariana. Observo então sua expressão facial tensa, testa franzida e um gemido sussurrado, mostrando estar cansado... Enquanto colocávamos João no leito, perguntei se a dor estava muito forte:

João: - Está !

Enquanto a equipe monitorizava e verificava sua pressão arterial, fui em direção aos familiares e solicitei-lhes que aguardassem um instante pois, assim que iniciássemos o tratamento de João, voltaria para conversar com eles

Maria: - Cuida bem dele tá ?

Grace: - Não se preocupem, cuidaremos bem dele!

Retornei ao leito de João e disse-lhe que faríamos uma medicação para aliviar a sua dor, veríamos sua pressão frequentemente e, segurando em sua mão, disse-lhe que estávamos ao seu lado para qualquer coisa que sentisse ... João, fazendo sinal com a cabeça e fechando os olhos, mostrou que havia entendido.

Durante a infusão da estreptoquinase (SQ) João apresentou diversas intercorrências como pressão elevada, dor intensa persistente e pirose. À medida que João ia sendo medicado para alívio dos sintomas, informávamos sobre a medicação e questionávamos se esta havia proporcionado alívio. Após alguns minutos, fui conversar com os familiares que permaneciam no corredor da unidade... Ao abrir a porta do quarto, Maria e Fernando vieram ao meu encontro.

Maria: - Como ele está ? Sua expressão facial era tensa e angustiante.

Fernando, por sua vez, esfregava as mãos.

Expliquei-lhes que ele havia tido um infarto e que estava fazendo protocolo de estreptoquinase, uma medicação usada para agir no local do infarto.

Maria: - Ele está com muita dor ainda?

Disse-lhe que ele havia se queixado de dor intensa mas, após receber a medicação, aliviou bastante.

Fernando: - O que a gente faz agora? (mostrando ansiedade intensa).

Grace: - Vocês podem aguardar mais um pouco? Voltarei ao quarto para atendê-lo e depois retornarei para dar-lhes notícias.

Maria: - Vamos aguardar aqui, pois queremos saber como ele reage.

No quarto, além de João e eu, estavam um técnico de enfermagem e o médico cardiologista. Após a segunda ampola de SQ, João não apresentou critérios de reperfusão, mas se sentia melhor e, então, perguntei-lhe:

Grace: -Você poderia descrever para mim o início da sua dor?

João: - A dor iniciou na segunda-feira, no trabalho.

Grace: - E como ela era?

João: - Era bastante forte aqui no peito (mostrando com a mão). Aliviava espontaneamente e durava pouco. Começava com um formigamento nos braços e ia até o peito. Hoje, ela deu novamente e não passou, meus braços ficaram dormentes... Eu não queria vir ao médico, foi a esposa que insistiu para que eu viesse. (João observa o funcionário que estava trocando o soro e pergunta): - Que grau foi meu infarto?

Grace: - Você teve um infarto moderado mas agora está controlado.

João: - Mas então deve ter sido grave porque já tomei toda a medicação e a dor não passou totalmente.

Grace: - João, o infarto é um episódio grave e que precisa ser tratado...

João: - Então não vai ser desta vez ainda? (esboçando um discreto sorriso)

Grace: - Não, você vai se recuperar (percebi que João achava que iria morrer).

João: - Acho que o que aconteceu, esta doença, é um fato normal; minha missão eu já cumpri, tenho dois filhos casados e encaminhados e quatro netos. Sabe, como é mesmo seu nome?

Grace: - Meu nome é Grace

João: - É, Graça, eu não sou um homem rico, mas sou um homem estável e realizado ... se Deus quisesse me levar... Ele sabe o que faz..

Grace: - João, fale-me do porquê você não quis vir ao médico (Tentei estimulá-lo a refletir sobre a situação)

João: - Meu pai faleceu com 58 anos, também de infarto e, no ano passado, eu tive um episódio destes e fui internado no hospital e, após realizar exames, fui encaminhado para São Paulo para fazer cateterismo. Lá me disseram que eu tinha uma coronária com 60% de lesão. Agora, com esse infarto, deve estar uns 80%. Quando voltei, o médico daqui me disse que eu tinha que parar de trabalhar e tomar os remédios. Não tomei os remédios e não larguei o emprego... eu me sentia bem... (Neste instante, bateram na porta e João comentou): - Deve ser minha esposa, pode dizer a ela que estou bem e diz prá ela pegar o telefone daqui do hospital...

Grace: - Você gostaria de vê-la?

João: - Ah, sim, gostaria..

Maria: - Como ele está ?

Grace: - Está melhor, a dor aliviou bastante e você pode entrar para conversar com ele.

Maria: (Aproximou-se de João e, beijando-lhe a testa, pergunta:) - Como é que está ?

João: - Estou melhor, olha você pode levar o relógio, eu não preciso dele aqui... deixa a pasta, a escova, o sabonete...

Maria: - Posso deixar roupa de baixo para ele?

Grace: - Sim, pode, e se ele quiser mais alguma coisa como outras roupas, pijama, um livro, pode trazer. Enquanto deixei-os conversando, fui até a porta conversar com Fernando, pois este me pareceu bastante ansioso.

Fernando: - Quanto tempo ele ficará na Coronária? Ele tá consciente?

Grace: - Sim, ele está conversando, a dor aliviou bastante e, normalmente, ele fica aqui na Unidade Coronariana aproximadamente dois a três dias.

Fernando: - Ele é muito teimoso, trabalha muito lá na Casan, se incomoda bastante também e não tem tempo prá ele; de agora em diante ele vai ter que se cuidar mais...

Grace: - É importante que você pense assim e, passada essa fase, precisaremos estimulá-lo para que ele também pense assim, para viver

com mais saúde ... (Retornei ao quarto e observei que Maria segurava a mão de João)

Maria: (despediu-se de João, dizendo:) - Tchau, fica com Deus... (e beija-lhe a testa)

Acompanhei-os até a porta, informei-lhes o telefone do hospital e o horário de visita e que poderiam ligar quando desejassem. Também pedi o telefone da família para contato. Perguntei então para Fernando se gostaria de entrar para ver seu pai?

Fernando: - Não, hoje não ... (da porta acena para João dizendo comovido:) - Vê se se cuida pai, não se preocupe que a gente cuida das coisas em casa, tchau...

João: - Tchau, filho..

Grace: - Procurem ficar mais calmos, ele está melhor e vai se recuperar...

Maria: - Obrigada! (despedindo-se, foram para casa)

Ao retornar ao quarto João comenta: - Minha família se preocupa muito comigo; eu é que sou o menos preocupado.

Grace: - Como você está se sentindo agora?

João: - Estou melhor agora.

Grace: - Procure descansar agora porque fará bem a você. Amanhã virei vê-lo; qualquer coisa que precisar é só pedir ao Valci, certo?

João: - Obrigado por tudo! Você é muito legal. Até amanhã.

Despedindo-me, segurei em sua mão.

Um aspecto marcante nos diálogos acima é a negação, no momento em que João se recusa a procurar auxílio médico. Como se observou anteriormente, a crise é um processo que se caracteriza inicialmente por um período de **pré-crise**, cujo potencial existe para todos pelo fato de viver e experimentar a vida, seguida de **um período de crise propriamente dita**, no qual há o impacto de uma nova situação, podendo se experimentar: negação, desorganização, ansiedade e julgamento (para tentar compreender a situação) e compreensão ou não da situação. Posteriormente, experencia-se um período de **pós-crise**, que se evidencia por um repertório maior ou não de respostas fortificadoras, para a busca de um viver mais saudável .

O impacto desta nova situação é a doença em um dos membros da família, que faz emergir sentimentos confusos que aos poucos vão se tornando mais claros e, com o auxílio de uma "testemunha reintegradora" como o enfermeiro, a família pode mais facilmente entender o que está acontecendo.

No entender de Taylor (1992), a negação geralmente dura algumas horas e é um mecanismo inconsciente para se proteger do ataque súbito da ansiedade intensa. A fase inicial da crise para a autora é a negação. Trabalhando com pacientes terminais, Kluber-Ross (1991, p.50) afirma que "a negação funciona como um 'para-choque' depois de notícias inesperadas e chocantes". Afirma, ainda, que a negação é usada por quase todos os pacientes, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a sua constatação. Às vezes, numa fase posterior, ela é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial. Em suma, "a primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual se recupera gradualmente" (Kluber-Ross, 1991, p.52).

Remen (1993), neste sentido, revela que, a princípio, a doença pode ser negada e a pessoa evita se relacionar com ela. Geralmente isso não dura muito tempo e a negação pode ceder lugar a uma aceitação conflitante. Cronin (1990) também acredita que o uso da negativa reduz a ansiedade no período inicial do evento traumático e que pode servir como uma função protetora nos estágios precoces da doença coronariana, quando o sistema cardiovascular está excessivamente estressado e nenhuma ação imediata é possível.

Neste período admissional, ou de internação, o enfermeiro interage/ aprendendo com a família, procurando atender suas necessidades de informações, mostrando-lhes estar disposto "para e/ou com eles", dando-lhes abertura para questionamentos, bem como, criando um meio mais apropriado para examinar objetiva e claramente o paciente (controle dos sinais vitais, administração de medicações, observação e controle das condições hemodinâmicas, expressões faciais, movimentos do corpo, tom de voz, proporciona conforto físico e emocional) e sua família (ambiente mais tranquilo para aguardarem informações, conforto físico e emocional). O enfermeiro precisa se concentrar em transmitir confiança às famílias, reduzindo seus temores, fazendo com que se sintam mais confortáveis e esperançosos a respeito do tratamento, reconhecendo sua angústia, percebendo as incertezas e sentimentos que envolvem as famílias neste momento. Embora a unidade coronariana seja um local de vida e morte, um local onde esta dualidade pode ser decidida, a morte realmente precisa ser vista pelo enfermeiro como uma possibilidade concreta.

Muitas vezes, a família e/ou grupo estão com medo e evitam fazer perguntas sobre o que não sabem: é o temor do desconhecido, da morte. Por outro lado, ao perceber os sentimentos da família, o enfermeiro procura um modo de fazer perguntas para eles que possam ajudá-los a sentirem-se menos atemorizados. Perguntas que o paciente e seus familiares e/ou grupo podem responder envolvendo-os na história do que aconteceu trazendo à tona detalhes que não haviam sido percebidos. Isto lhes possibilita um maior controle sobre suas emoções, estimulando a passagem para uma nova fase.

Para que este clima de confiança mútua se desenvolva com as famílias/grupos, é fundamental que o enfermeiro esteja disposto para com estes, interagindo através de palavras, gestos ou ações que possam ajudá-los e que está ali para isso, pois as famílias não esperavam aquela situação, não estavam preparados para enfrentá-la. As estratégias de enfrentamento utilizadas não conseguem resolver a situação e o futuro parece incerto. As circunstâncias os colocaram numa situação que nunca tinham antecipado:

FAMÍLIA DE JOÃO:

João: - Não imaginava que isso fosse acontecer comigo.

Maria: - Essa situação toda parece fugir do meu controle. É como se o chão desaparecesse dos meus pés ...

FAMÍLIA DE ANTÔNIO:

Grace: -Você quer saber qual é o resultado de seu cateterismo?

Antônio: - É muito importante a gente estar informado sobre o que acontece com a gente. Normalmente não se sabe nada, é tudo tão inesperado...

Como se observa, a situação de crise pela doença é abordada pelas famílias como uma situação incontrolável, inesperada, na qual não há alternativas nem escolhas para enfrentá-la.

A crise, agudizada especialmente por um ato cirúrgico, como o de uma revascularização do miocárdio, faz emergir no paciente preocupações com a auto-imagem, se ele vai poder levar uma "vida normal". Existe, também, uma preocupação intensa quanto

à opinião que as pessoas fazem dele(paciente) e que é também questionado frequentemente pelas famílias.

"... - Como você acha que eu estou?;

- O que você acha dele?;

- O que farão com ele?...".

Para Utz *et al* (1990), qualquer condição que afete o coração terá um profundo impacto sobre a visão de saúde e da imagem do corpo da pessoa, pois a ele é dada importância como órgão dominante do corpo, o símbolo da vida e do amor. Os autores acreditam que a imagem do corpo e a auto-imagem estão intimamente relacionadas, pois as condições do coração levam a profundas preocupações com o corpo e a imagens poderosas quanto à estrutura e função do corpo. Isto se torna especialmente preocupante quando pensamos em saúde como apenas a ausência de doença física e mascaramos a percepção de que saúde/doença podem coexistir.

Nota-se, também, que a crise pode ser percebida como uma quebra no ciclo vital, uma deterioração aguda do corpo e da alma. Segundo Moffatt (1987), durante a crise há uma perturbação do existir, principalmente no momento agudo da doença, surgindo a impossibilidade da pessoa se auto-perceber como aquela que era, pois a situação o coloca fora de sua história, é um ser estranho para si mesmo. O futuro parece vazio e incerto.

Embora seja difícil delimitá-lo, pode-se afirmar que o segundo estágio da crise, que denominei **revelando**, inicia ainda na unidade coronariana e se estende até a unidade de internação. É uma fase mais reflexiva onde o paciente e sua família começam a voltar a atenção para o exterior, buscando informações, tentando compreender o que provocou a doença. O paciente apresenta preocupações com a auto-imagem, que tem relação com a estabilização de suas condições físicas. Durante este momento o enfermeiro define e reflete

com o paciente e sua família sobre o que aconteceu, questionando diretamente sobre a doença e seus sentimentos, dando abertura para que o paciente e sua família se coloquem, fazendo seus questionamentos e observações. Neste período, os membros das famílias começam a adaptar-se aos novos papéis que lhes são exigidos viver, mas as famílias se sentem ainda ameaçadas pela situação que estão experienciando.

É um período de incertezas sobre a volta para casa e o tipo de vida que levarão. As famílias, neste momento, estão mais ativas, tentando ver a condução do tratamento. É um período em que é possível encorajá-los a relatarem pensamentos, sentimentos e comportamentos. A família começa a agir de modo responsável, para evitar o retorno da doença. Neste estágio, pode-se reconhecer a causa física da doença e examinar o que as famílias aprenderam sobre si mesmas, seus relacionamentos e seu modo de vida através da experiência da doença.

FAMÍLIA DE ANTÔNIO:

Grace: - Como está hoje, Antônio?

Antônio: - Estou me sentindo bem, não tive mais dor. Dormi pouco à noite porque não me acostumei ainda com a cama do hospital.

Grace: - Vim ver como você está e conversar um pouco.

Antônio: - Ah! Para mim é bom conversar porque ajuda a passar o tempo.

Grace: - Antônio, gostaria que você me relatasse qual o motivo de sua internação...

Antônio: - No dia 10 de julho, um sábado, eu saí com minha família e fui comer siri no Rio Vermelho. Quando voltamos para casa no final da tarde eu me sentia bem, um tanto cansado, mas estava bem. À noite, lá pelas 23:00 horas, estava deitado no sofá, assistindo a um filme e, de repente, senti dor no peito, uma dor fraca mas contínua que queimava bem aqui (mostrando com a mão a região do peito). Andei um pouco pela casa, fui até a cozinha, comi pão, bebi um suco de laranja e voltei pro sofá. Minha esposa estava dormindo, não queria preocupá-la. Mas a dor não aliviava. Em seguida, minha esposa se levantou, desligou a televisão e me pediu que fosse deitar. Pedi a ela que me deixasse ver o filme que já estava terminando, pois logo iria dormir. Terminei de ver o filme, fui deitar e a dor não passava. Levantei, fui ao banheiro e, após defecar, a dor aliviou. Quando retornei para a cama, a dor aumentou novamente. Chamei, então, minha esposa e disse a ela que não me sentia bem, que estava com muita dor no peito e que procuraria um médico. Ela ficou apavorada, não queria me deixar dirigir o carro, conversou com os meninos e viemos para o hospital. Achei que estava tendo um problema no coração...

Grace: - O que lhe fez pensar isso?

Antônio: - Meu cunhado teve infarto e disse que a dor era parecida com a que eu tive, só que ele já fez dois cateterismos e veio prá cá quase inconsciente.

Grace: - Na sua família tem mais alguém com problema cardíaco?

Antônio: - Meu irmão mais velho teve infarto e tenho uma irmã que tem o "coração grande". Meu pai e minha mãe faleceram também de

problemas no coração. Aí, de repente, pensei: Eu estou sentindo a mesma coisa que eles falaram. Aqui eles falam pouca coisa prá gente, mas sei que tive um infarto e que tenho uma coronária entupida. Eles tentaram desentupir mas não conseguiram...

Grace: - Você gostaria de saber mais sobre o resultado do seu cateterismo?

Antônio: - Gostaria sim! Afinal, a gente tem direito de saber o que acontece com a gente

Expliquei-lhe, então, o resultado do cateterismo acusando lesões nas coronárias Da, Cx e Cd e lhe perguntei o que achava que provocou o infarto.

Antônio: - Ah! Prá mim foi uma surpresa, não imaginava que fosse acontecer isso comigo, espero sair daqui e continuar o meu trabalho. Acho que minha alimentação, a vida sedentária que levo e o cigarro podem ter provocado esse infarto. Vou do trabalho prá casa, cansado, e aí gosto de comer uma carne gorda...

Neste instante chega Ana, cumprimenta João, beijando-o e pegando em sua mão.

Grace: - Como está, Ana?

Ana: - Depois do susto de ontem, estou melhor, mas acabei tendo uma crise á noite quando fui prá casa, ele nem sabe ainda... (e olha para Antônio, esboçando um discreto sorriso).

Grace: - Como foi essa crise?

Ana: - Eu vim parar aqui no hospital e tudo o que ele sentiu eu senti: dor no peito, ansiedade, não conseguia respirar. O médico me atendeu aqui na emergência e me disse que eu estava muito nervosa, me deu um calmante e me mandou prá casa.

Grace: - Ana, o Antônio está bem melhor hoje. Está respondendo bem ao tratamento e amanhã à tarde fará um Ecocardiograma (expliquei-lhe resumindo os fatos positivamente).

Ana: - O que é isso?

Grace: - É um exame que avalia a capacidade do coração, se existe algum problema nas válvulas, se ele está funcionando bem.

Após alguns instantes, observei que Antônio transpirava muito e perguntei se estava sentindo alguma coisa.

Antônio: - Estou um pouco tonto...

Imediatamente baixamos a cabeceira do leito e fui até o posto de enfermagem buscar o aparelho medidor de pressão arterial. Ao verificar sua pressão arterial, constatei que ela estava baixa, comuniquei-os e coloquei o leito em posição de tredelemburg. Após algum tempo, ela retornou ao normal e fui ao prontuário verificar que medicações havia recebido. Observei que havia sido administrado adalat e isordil no mesmo horário. Conversei com a enfermeira da Unidade de Internação e pedi a ela que avaliasse melhor a necessidade destas duas medicações no mesmo horário, pois Antônio mantinha a pressão em níveis normais

para quem era hipertenso. Juntas, informamos ao médico dele o que havia acontecido e o mesmo diminuiu a dose do Adalat. Retornei ao quarto e observei que João estava bem melhor. Expliquei-lhes que havia tido uma hipotensão postural, que acontece, às vezes, quando se toma medicações para diminuir a pressão e se fica muito tempo deitado, levantando bruscamente.

Ana: - Grace, você foi um anjo que apareceu na vida da gente... Se todo mundo tivesse essa oportunidade que a gente está tendo... (Antônio também agradece por estar ajudando-os).

Grace: - Sinto-me feliz em poder ajudá-los.

Em seguida, chegaram os pais de Ana e sua irmã para visitar Antônio. Cumprimentei-os, apresentando-me, e os deixei a sós para conversar.

Ao sair do quarto Ana veio ao meu encontro e perguntou:

Ana: - Você acha que ele sai dessa? Estou preocupada porque um médico amigo nosso disse que o caso dele é muito grave, que talvez tenha que operar.

Grace: - Antônio está se recuperando bem. O cateterismo mostrou alterações em três coronárias, mas ele não tem dor e está sendo medicado. A princípio, o caso dele é grave, assim como outros casos, mas amanhã, através do Eco, saberemos se há mais algum problema. Quanto à possibilidade de operar, ela existe porque ele já foi submetido a uma angioplastia e não foi possível desobstruir as coronárias.

Ana: - *Meu Deus, se ele tiver que operar vai ser muito difícil para ele, não vou nem falar nada prá ele por enquanto.*

Grace: - *Procure ficar mais calma. Tenho certeza que ele vai se recuperar bem e se ele fizer cirurgia estaremos aqui com vocês.*

Segurando em sua mão, disse-lhe que procurasse confiar. Convidei-a, então, para tomar um cafezinho. Durante o café, conversamos sobre diversos assuntos: filhos, profissão, afazeres de casa, o atual sistema de saúde do país e a imagem do hospital na vida das pessoas. Posteriormente, quando Ana ficou mais calma, retornamos ao quarto de Antônio, os familiares estavam indo embora e Ana comentou que o Antônio se dava muito bem com sua família. Ele então complementou dizendo que eles são como se fossem seus próprios pais. Despediram-se e foram embora. Ana também foi porque já estava tarde. Beijando Antônio e me abraçando fortemente, despediu-se. Fiquei mais alguns minutos com Antônio para algumas perguntas adicionais.

Grace: - *Diga-me, Antônio, o que significou para você a experiência lá na Coronária?*

Antônio: - *Não é uma coisa fácil com aqueles aparelhos, você fica imaginando qual o paciente que vai internar do teu lado, se tá muito mal, mas o pessoal de lá é muito bom e atende bem a gente. Você nos atendeu muito bem e está sendo muito importante prá gente. Só que lá na Coronária eles quase não conversam, a gente fica meio alienado. Agora, o fato de eu sair de lá prá mim, foi um progresso, uma melhoria.*

Grace: - *E vir para cá nesta Unidade, o que você achou?*

Antônio: - Prá mim foi uma sensação natural, um processo que a gente vai passando, uma nova adaptação.

Grace: - Você já conheceu seu colega de quarto?

Antônio: - Conheci, ele é muito bacana e vai operar segunda-feira, ele tá bem tranquilo e a família dele nem é daqui.

Grace: - Ontem você me disse que não tinha pensado muito em como as coisas seriam daqui prá frente. Você já pensou sobre isso?

Antônio: - Essa noite que fiquei acordado pensei um pouco sobre a necessidade de mudar alguns hábitos na minha vida. Já parei de fumar, mas preciso de uma atividade física. Eu estava muito tempo parado e, semana passada, quando fui jogar futebol, acabei me desgastando demais.

Grace: - É verdade Antônio, tudo isso contribuiu para o surgimento deste infarto porque o sedentarismo, o fumo, pessoas na família que já tiveram problemas no coração e o tipo de alimentação são fatores que predispõem às doenças do coração.

Durante a permanência do familiar na UTI, sempre que possível e indicado o enfermeiro deve dar informações esperançosas e alegres à família e, principalmente, manter uma conversação constante com o paciente. Isto ajuda a fazê-lo sentir-se envolvido nas discussões sobre sua evolução e sobre o tratamento da doença. É também uma forma de aliviar sua ansiedade e facilitar a compreensão da situação de crise.

Por outro lado, é preciso ter cuidado quanto aos argumentos e explicações que são fornecidos porque, neste período, a família está vulnerável e suscetível à intervenção do enfermeiro e outros profissionais. Neste sentido, Olivieri (1985) ressalta que a simples ausência de informação pode causar problemas e reações imprevisíveis por parte da pessoa.

Antônio apresentava dúvidas quanto ao resultado de sua angioplastia, porque ouviu dizerem na Hemodinâmica que não tinham um "fio mais grosso" e atribuía a isso o fato de não terem conseguido desobstruir suas coronárias. Ao perceber tal situação, busquei informações junto ao médico que fez a sua angioplastia e este informou que as coronárias de Antônio estavam muito calcificadas, não sendo possível reperfundi-las por meio de angioplastia. De posse desta informação, passei-a para a família o que foi feito e contribuiu para aliviar a ansiedade da mesma.

O enfermeiro pode questionar a família sobre a percepção do próprio eu e do outro? Ou seja, como o paciente percebeu o que aconteceu, que relação fez entre a doença e seus hábitos de vida? Como os familiares vêem isso? Como é a dinâmica interacional da família? Procura levantar fatos sobre percepções de papéis e modelos? Quem faz o quê em casa? Quem é o responsável pela renda da família? Quais são as forças e estratégias de enfrentamento mobilizadas? Cita-se por exemplo: fuga do problema, negação, apoio dos familiares, busca de informações, extravasamento de emoções e sentimentos.

Nesta etapa, o enfermeiro procura conhecer mais as famílias e, gradativamente, vai fortificando e compartilhando os laços de amizade construídos. Ao mesmo tempo, percebe alterações físicas e hemodinâmicas no paciente comuns ainda nesta fase e que podem desorganizar ainda mais a vida das famílias, como por exemplo: hipotensão postural, retorno da dor, coloração da pele, dispnéia aos mínimos esforços, fisionomia triste e deprimida etc. O enfermeiro deve estar atento também para exames, que normalmente são

desconhecidos para as famílias, geram ansiedade e repercutem no processo de compreensão da crise.

É fundamental que o enfermeiro perceba que, no processo de crise, existem picos de agudização e que, ao intensificar-se no indivíduo, recrudescer também nos seus familiares. Um novo acontecimento dentro da crise, como uma cirurgia cardíaca, faz com que ela se intensifique novamente e, dependendo do tipo de ajuda que as famílias recebem, emergirão mais fortes ou mais fracas neste processo. A cada agudização, mais forças e estratégias de enfrentamento precisam ser mobilizadas pois cada momento vivido é novo e repleto de significados.

Posteriormente, emerge um terceiro estágio que é o **momento de expressar aquilo que aprenderam** sobre um processo de viver mais saudável. Este período inicia-se normalmente na unidade de internação, mas pode começar ainda durante a permanência do paciente na unidade coronariana. É o momento da família examinar o que aprendeu sobre si mesma, seus relacionamentos e seu modo de vida através da experiência de crise. É possível refletir mais sobre a experiência lembrando pensamentos, sentimentos e comportamentos. Há uma avaliação dos papéis desempenhados na vida cotidiana. É um período crucial para as famílias (re)conhecerem suas forças, recursos e qualidades das quais não tinham consciência e perceberem como torná-las mais presentes na vida cotidiana.

Após algum tempo de relacionamento conflitante com a doença, a família pode passar espontaneamente, ou é ajudada pelo enfermeiro ou outros profissionais, para um relacionamento de aceitação com harmonia. A doença pode se incorporar à vida da família. Para Remen (1993), as necessidades do corpo não são mais conscientemente consideradas, mas sim de maneira inconsciente. Acabamos por encontrar em nossa área superior do inconsciente humano, o amor, a fraternidade, a alegria, a serenidade, a harmonia, a esperança, o significado e o senso de direção que impulsionam para a ação.

Neste momento, o enfermeiro verifica com as famílias o que elas aprenderam com a experiência, de que forma a crise contribuiu como uma oportunidade de crescimento, como elas se sentem em recordar a experiência e qual significado absorveram para o seu cotidiano. Se houveram mudanças, quais foram? Foram significativas para o processo de viver das famílias? Como o enfermeiro pode continuar ainda contribuindo para com estas famílias e outras em situações semelhantes? A rede social das famílias foi significativa para promover o suporte social de seus membros durante a crise? Como ela continuará influenciando positivamente a rede interacional da família? Estes questionamentos e outros abordados anteriormente estiveram sempre presentes durante o processo de enfermagem "Enfrentando a Crise". Eram respostas que eu precisava encontrar e que faziam parte da etapa definindo a situação.

Faço, em seguida, o relato de uma visita domiciliar, na qual se procurou dar continuidade à assistência prestada no hospital e, ao mesmo tempo, encontrar dados que me possibilitaram responder aos objetivos propostos e a alguns dos questionamentos mencionados acima, contribuindo para o atendimento das necessidades das famílias e, também, compartilhando da dinâmica familiar em seu próprio meio.

FAMÍLIA DE JOÃO

Às 15:00 horas, quando cheguei na casa da família de João, Maria aguardava-me no portão porque estava preocupada que não encontrasse sua residência. Vem ao meu encontro, abraça-me e me convida para entrar. Conduziu-me até seu quarto onde João estava deitado no leito. Ao aproximar-me para cumprimentá-lo, este solicita ajuda de Maria para se levantar e me cumprimenta. Fez questão que fôssemos conversar na sala. Observei que apresentava dificuldade para caminhar, principalmente com a perna esquerda, pois estava no 13º dia de pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Maria: - O que você está achando de João?

Grace: - Acho que ele está um pouco mais magro mas muito bem, muito bem cuidado.

Ao sentarmos na sala, imediatamente Maria foi buscar as medicações que João estava tomando, mostrando-as e indagando a quantidade prescrita em cada dia. Orientei-os novamente sobre a necessidade de cada medicação. Após, fizemos um "feedback" indagando sobre cada medicação a fim de perceber se realmente tinham entendido. Os mesmos mostraram ter entendido; entretanto João queixou-se do excesso de medicações que toma pela manhã.

Grace: - A maioria das medicações são dadas de manhã para que sejam absorvidas durante o dia todo, mantendo a concentração adequada das mesmas no seu organismo. Além disso, algumas delas são irritantes para o estômago, principalmente a digoxina e o renitec. Já imaginou se você tivesse que acordar no meio da noite, para tomar remédios? Ou então acordasse freqüentemente por sentir dor de estômago por ter tomado a maioria dos remédios à noite?

Maria: - Ele toma sempre com leite paa não dar azia...

Percebi que estavam bastante ansiosos para esclarecer dúvidas sobre a recuperação de João.

João: - Estávamos esperando que você viesse, porque me sinto à vontade para perguntar. Gosto do meu médico, mas com você é diferente... a gente pode dizer o que sente.

Grace: - Que bom que você sente isso, procure esclarecer o que está lhe perturbando..

Neste instante, João mostra a perna esquerda e aponta uma pequena região hiperemiada na parte superior da safenectomia.

Grace: - Quando foi que apareceu esta hiperemia?

João: - Há uns três dias. E minha perna repuxa muito.

Grace: - É normal a perna repuxar porque está cicatrizando, assim como a incisão (apontando para o peito). Tanto a incisão da perna quanto a do peito deverão ser lavadas com sabonete neutro, enxaguadas com água limpa e secas com uma toalha macia. Você pode expor a perna e o peito no sol para ajudar a secar.

Perguntei a Maria se tinham ainda o antisséptico que tinha lhes indicado no dia da alta. Maria vai buscá-lo, passei na incisão do peito e da safenectomia e disse-lhes que poderiam passar todos os dias depois do banho até cicatrizar bem.

João: - Podemos passar um creme para não repuxar muito?

Grace: - Esses cremes não são indicados porque contêm muitas substâncias químicas. Melhor seria um pouco de óleo mineral ou vaselina (massageando ao redor da incisão).

Maria: - Estamos contentes, pois a glicose do João deu normal (levantando-se para buscar o resultado do exame).

João: - Estamos tomando muito cuidado com a alimentação.

Maria: (Retornando com o exame na mão) - Só tenho usado açúcar dietético, cozinhado com pouco sal e óleo só o de milho.

Grace: - Estou muito contente em saber que vocês estão se cuidando e adotaram uma alimentação mais saudável para ambos.

Maria: - Os filhos, quando vêm aqui fazer refeições, reclamam um pouco mas logo se acostumam. Eles também precisam se cuidar.

Aproveitei o momento e entreguei-lhes um livro sobre "Os cuidados com o coração", escrito por um cardiologista que, por coincidência, era cardíaco. Li um trecho para eles onde o autor mostra o que faz para cuidar-se com a alimentação e as atividades que desenvolve diariamente. Num determinado momento, o autor revela que nada é tão rígido e é possível ter prazer na vida mesmo sofrendo do coração. João se interessa pelo livro e pede emprestado. Neste instante, a esposa de Fernando chega e entrega para Maria o comprovante do pagamento de uma conta feito em banco para o João. Perguntei como ela estava, disse-me que estava bem mas com bastante trabalho porque estava fazendo um curso de culinária e tinha que dar conta dos filhos e da casa. Logo em seguida se despede, beijando a face de João.

Grace: - Os filhos vêm visitá-los com frequência?

Maria: - Sim, e todos ajudam bastante.

João: (Apontando a fotografia dos netos na parede) - Eles são a alegria da casa!

Grace: (Perguntando a Maria) - João pede ajuda quando necessário?

Maria: - Sim, ele sempre pede ajuda e, de uns dias para cá, começou a fazer as coisas mais sozinho. Por exemplo: ele toma banho sozinho, consegue se vestir e eu o ajudo para colocar o tênis.

Grace: - Você, Maria, como tem passado? Tem conseguido dormir à noite?

Maria: - Estou bastante cansada, mas estou dando conta das coisas. Tenho dormido bem à noite, às vezes nem vejo nada.

Um novo estressor que surgiu para a família de João foi o excesso de visitas dos amigos para ver como ele estava. Ambos combinaram e fizeram um cartaz na porta permitindo a visita de, no máximo, duas pessoas de cada vez, durante 10 (dez) minutos. Eles já haviam me falado sobre isto no hospital e juntos tivemos a idéia de diminuir o número de visitas para que João não se cansasse e tivesse liberdade dentro de sua própria casa.

João: - Quantas pontes fizeram em mim? Eu realmente tenho úlcera? Gostaria de receber a confirmação da endoscopia que fiz no hospital.

Expliquei-lhe novamente sobre as pontes, quantas eram, como foram feitas e o resultado da endoscopia. Orientei-o para que conversasse com seu médico e pedisse a confirmação do exame, mas que assim mesmo continuasse com os cuidados na alimentação e tomando os remédios, pois o tagamet é para úlcera de estômago.

Em seguida, Maria se levantou dizendo que ia preparar um café para nós. Eu a acompanhei oferecendo-me para ajudá-la, enquanto João guardava os remédios e exames. Na cozinha, Maria revelou que, às vezes, via João chorar, perguntava pra ele por que estava chorando, mas ele não respondia.

Maria: - Eu entendo que é por tudo o que aconteceu com ele. Vários amigos nossos passaram por isso e morreram. Nós estamos aqui e as pessoas que vêm nos visitar também se emocionam.

Grace: - É natural que João esteja assim emocionado. Aos poucos, isso tudo será superado. Vocês são uma família muito unida, que se ajudam e têm muitos amigos aqui no bairro que também podem prestar auxílio.

Maria: - Até o padre fez uma corrente de orações na Igreja. Todos os dias ele rezava para que o João saísse bem do hospital.

Não percebi que João estava na porta e escutava o que Maria falava e, neste instante, comovido, confessa que hoje entende o que a família e os amigos significam para ele.

João: - Minha família é tudo para mim, me ajudou muito a superar tudo isso. Você, Grace, já faz parte também da nossa família.

Maria: - Não sei o que seria de nós lá no hospital sem você.

*Abracei Maria e disse-lhes que me sentia bem por estar junto deles...
(neste momento, um clima de emoção toma conta do ambiente e nos sentamos para tomar café).*

João: - Agora a Grace vai ver como eu estou me alimentando.

Durante o café, conversamos sobre os casais de hoje. Tanto Maria quanto João preservam muito a instituição do casamento. Disseram que hoje está tudo mudado, as pessoas casam e logo se separam, comentando do filho de um vizinho deles. Conversamos sobre o atual sistema de saúde do país, as dificuldades de atendimento nos hospitais, a falta de cuidados de saúde para a população. Maria e João também questionaram sobre minha família e meu trabalho. Tinham interesse em conhecer melhor a vida da enfermeira que tanto lhes tem ajudado.

Ao retornarmos para a sala, Maria pergunta novamente o que eu achei do João. Percebi, então, que não tinha fornecido uma resposta que a contentasse anteriormente e, ao mesmo tempo, concluí que precisavam ouvir mais vezes porque fazia bem para a auto-estima da família.

Grace: - João está muito bem! Está se alimentando corretamente, andando, resolvendo por si só as coisas, "virando-se" sozinho. A incisão cicatrizou bem, não tem dores, os exames deram bons, sua aparência está ótima. Essa emoção que ele sente é normal, visto que passou por uma experiência difícil na vida. Porém, com calma, isso vai sendo superado. Perguntei então para João se estava sentindo falta do trabalho.

João: - Ah! Não vejo a hora de poder trabalhar novamente, mas não naquele ritmo que eu trabalhava. Eu pensei muito sobre isso. O trabalho faz bem prá mim, é a minha vida. Entretanto acho que posso continuar trabalhando desde que não me estresse muito.

Grace: (Já de pé, pois já era tarde) - Você acha que conseguirá não se doar tanto ao trabalho? Afinal, ele exige bastante porque várias pessoas dependem de você.

João: - É preciso aprender a me controlar mais.

Despedi-me deles e, antes de sair, João me pediu que eu passasse de vez em quando para dar um alô, no que aproveitei para marcar a próxima visita. Dei-lhes o número do meu telefone e disse-lhes que, se precisassem de alguma coisa, era só ligar. Ambos agradeceram e me abraçaram.

Ao mesmo tempo em que assistia as famílias através de uma situação de crise, ia percebendo em que fase desta a família se encontrava...

O período pós-crise caracteriza-se como aquele no qual a família torna-se mais consciente da experiência vivenciada, utilizando-a para enriquecer e direcionar as escolhas em saúde de suas vidas. É o período no qual se abrem espaços para se analisar com maior abrangência o que aconteceu e a possibilidade de vislumbrar uma maneira mais saudável de enfrentar a crise por uma doença.

É difícil definir o início deste período, pois a partir do momento no qual a família entra no terceiro estágio da crise, consegue aumentar seu repertório de respostas fortificadoras, entendendo o que aconteceu, mudando hábitos de vida e sendo uma fonte ativa de suporte para os seus membros. Ao enfrentar esta situação, a família adota uma postura ativa e verdadeira no processo de viver, aprendendo e crescendo com ela. A experiência vai transformando-a. Já não é mais a família amedrontada, cheia de dúvidas e incertezas quanto a vida e ao futuro, agora estão mais seguros quanto aos seus objetivos. A vida parece ter outro sentido. A experiência de crise é incorporada na vida de cada pessoa,

fazendo-a enriquecer. A partir daí, poderá seguir crescendo/(re)criando através do processo de viver, compartilhando experiências.

Para exemplificar este processo de compreensão da crise, procurei demonstrar através de um gráfico, os diferentes estágios que emergiram durante o acompanhamento de uma das famílias, conforme segue [FIGURA 5, na página seguinte]

Neste gráfico, há uma linha que simboliza o paciente e outra que representa sua família. Nota-se que as linhas caminham juntas, variando de intensidade nos diferentes estágios do paciente e sua família. No entanto, os traçados pontilhados entre as duas linhas, mostram que há confluência das linhas durante o processo, comprovando que a doença gera uma situação de crise não somente para o indivíduo que a experencia, mas para toda a sua família.

Outro aspecto importante diz respeito aos diferentes estágios do processo de crise. Observa-se que, na unidade de internação, o paciente e seus familiares caminham para um período de julgamento da situação. Porém, ao retornar a dor, mergulham em um novo período de agudização, mais intenso, denominado "crise intermediária". Salienta-se que este momento, vivenciado pelo paciente e sua família, não é um retorno puro e simples ao primeiro estágio do processo de crise. Significa, sobretudo, que é um novo momento, mais forte, no qual mais forças e estratégias de enfrentamento precisam ser mobilizadas e desenvolvidas. Embora a situação seja ainda mais difícil, os recursos utilizados são fortificadores para o paciente e sua família, pois uma pequena aprendizagem ocorreu. Isto também acontece com o enfermeiro, pois os seus próprios recursos são filtrados através de um processo de auto-avaliação, de modo a fortalecer ainda mais os recursos do paciente e seus familiares. Nota-se, ainda, que este processo de crise é mais intenso para a família, provavelmente porque ela não está a todo instante junto ao seu familiar, e sua imaginação defronta-se com uma figuração de extrema gravidade em dualidade com a esperança de que o familiar esteja bem.

Aprofundando minhas reflexões sobre o processo de crise, pude perceber que ela é mais evidente no cônjuge, durante a hospitalização e na alta, possivelmente porque a visão do paciente sobre suas condições são mais positivas. É ele que está recebendo o tratamento. Isto também foi observado nos estudos de Gillis (1989) e Rankin (1992).

A etapa "definindo a situação" não é uma etapa isolada de levantamento de dados, mas uma etapa que determina se uma doença súbita, inesperada e que ameaça a vida, como um infarto em um dos membros da família, provoca uma situação de crise para toda a unidade familiar. Embora a família perceba a situação como uma crise, consegue mobilizar suas próprias forças e habilidades de enfrentamento. E, com ajuda do enfermeiro e outras pessoas significantes, as famílias são auxiliadas a esclarecer o que está acontecendo e a perceber a situação como uma oportunidade de crescimento para elas, fazendo-as refletir sobre os hábitos de vida, os papéis sociais desempenhados, a importância do suporte social e da rede como fonte deste suporte.

Parece acertado que, a partir de uma situação de crise por uma doença, a família mobiliza suas forças a fim de que consiga sair fortalecida desta experiência. Cada pessoa possui suas próprias esperanças, auto-estima, amor, valores e crenças (forças internas), que são desenvolvidas e compartilhadas nas relações com os membros da família e com outras pessoas significantes. São influenciadas pelos recursos físicos e materiais do meio. Segundo Remen (1993), a doença como qualquer tipo de crise nos estimula a ampliar nossa perspectiva e nos torna mais conscientes de nossas verdadeiras potencialidades (recursos) não utilizadas.

Entendo que as forças e os mecanismos de enfrentamento se complementam, pois se a família mobiliza suas forças, ao mesmo tempo, está enfrentando a situação de uma forma construtiva. Uma vez que o termo "força" tem uma conotação "positiva de enfrentamento". Ou seja, as maneiras utilizadas pelas famílias para compreender a situação auxiliam no amadurecimento do seu processo de viver, fortificando-se através de suas próprias experiências.

Dentre as forças e estratégias de enfrentamento que se destacaram nas famílias, salientam-se: a busca de informações; o relacionamento familiar dinâmico e harmonioso alicerçado no amor, no afeto, na comunicação e na preocupação e cuidado com o familiar; a

flexibilidade para mudança de papéis; o enfrentamento focalizado na emoção e no problema simultaneamente (ao mesmo tempo em que as pessoas choravam, mostravam temor e ansiedade frente à doença crítica, mantinham consciência do que era preciso fazer e do que seria feito). Além destas, destacaram-se também: a comunicação aberta de sentimentos ao enfermeiro, outros profissionais e entre os próprios membros mais significantes da família; a percepção clara do que estava acontecendo; a assistência de outras famílias no hospital, que faziam parte da rede social fortificadora; o grupo de suporte social; a religiosidade das famílias; o potencial da família para assumir responsabilidades, um sentido de julgamento, decisão e bom senso; e o enfermeiro e outros profissionais atuando junto às famílias.

4.1.2- Descobrimo e Propondo Caminhos com as famílias de João e Antônio e/ou grupos

Foi um grande desafio atuar com as famílias diretamente na situação de crise. Durante todo o processo, foi fundamental a interação enfermeiro-família/grupo, percebendo-os mutuamente como pessoas inteiras, capazes de se ajudarem mutuamente. Para o enfermeiro, acostumado ao imediatismo de unidades de terapia intensiva e aos tratamentos voltados exclusivamente para a cura de doenças e administração de tecnologias no âmbito individual, conviver com as famílias e grupos exige um aprendizado contínuo.

Nesta etapa, são necessárias ações imediatas, tais como: administração de medicamentos, cuidados pós-operatórios, controle de sinais vitais e observação hemodinâmica contínua, orientações quanto à dieta, medicamentos e atividade física. Estas ações ocorrem na maioria dos encontros e são corriqueiras para o profissional, conforme as situações se apresentam. Às vezes, porém, são ações inesperadas para a família, como por exemplo, uma queda súbita de pressão do familiar e os cuidados pós-operatórios, período este que gera muita insegurança e incerteza. Nestes momentos, o enfermeiro precisa agir rapidamente e com segurança, pois a vida da pessoa está em risco. Este agir rapidamente não significa "agir mecanicamente", mas um agir consciente das necessidades do paciente, expressando segurança, disposição para ajudar e colocando-se na posição de que é um ser

humano e, como tal, precisa agir como uma pessoa inteira, amando e respeitando o outro como a si próprio.

Entretantes, conscientizar a família da importância de ações em busca de uma vida mais saudável não é uma tarefa fácil. Se houverem mudanças nos comportamentos das famílias, por mínimas que sejam, estas ocorrem a médio e longo prazo, à medida que ela incorpora suas percepções de saúde na vida cotidiana e de como ela define sua experiência. A busca de um cotidiano saudável depende também das escolhas que as famílias fazem em seu processo de viver, influenciadas por suas crenças, valores, no que elas acreditam como direito seu e nos comportamentos que serão adotados a partir disso.

Parece acertado que a doença aguda, por ser um momento extremamente traumático para a família, devido à situação inesperada que lhe é exigido viver, desperta nela um sentimento fortificador de ajuda mútua entre seus membros, fazendo-os lembrar-se sempre da experiência e, conseqüentemente, renovar suas escolhas em saúde. Este despertar em saúde pode ser estimulado com a ajuda do enfermeiro e outros profissionais de saúde através da discussão dos significados positivos da experiência e do crescimento pessoal associado à doença.

Durante o primeiro estágio, que é o momento de crise mais agudo, o enfermeiro utiliza-se de algumas estratégias para facilitar a compreensão da situação. Estas também devem ser utilizadas nos outros estágios de crise, conforme as situações vão se apresentando. Dentre elas destacam-se:

4.1.2.1- Trabalhando o meio

Para trabalhar o meio influenciando as transformações da situação, físicas ou interpessoais da família, destacou-se o formulário para as informações de visita como um instrumento inicial para que fosse quebrada a ameaça do desconhecido para a família, principalmente no momento da internação do paciente em uma unidade de terapia intensiva,

onde o ambiente torna-se extremamente assustador para a família. A aproximação enfermeiro-família revela-se essencial, no sentido de transformar o meio em positivo, acolhedor e promotor da vida, auxiliando no processo de interação.

A visita no hospital proporciona uma interação entre a pessoa doente e seus familiares dentro do ambiente hospitalar. As unidades de cuidado intensivo, embora promovam taxas de sobrevivência, têm provocado estresse adicional para a unidade familiar, pelo impedimento do direito de estar perto e cuidar dos membros da família com doença crítica. A liberação da visita na hospitalização também promove benefícios positivos para os enfermeiros, no sentido de auxiliá-los na avaliação da família, enquanto conversam, interagem e confortam o paciente, aumentando com isso a sua possibilidade de interação com a família.

O formulário para informações de visita foi utilizado somente após a estabilização das condições do paciente quando ele já podia conversar; entretanto é fundamental que seja desenvolvido durante as primeiras 24 horas de sua internação, por ser o período crucial para o enfermeiro construir uma atmosfera envolvente e significativa com a família. Se o paciente não puder se comunicar, as informações de visita poderão ser completadas com o familiar mais chegado.

Há, muitas vezes, resistência por parte de alguns enfermeiros para que seja desenvolvido o formulário de informações de visita com os familiares. Isto, normalmente, relaciona-se à falta de preparo dos mesmos quanto à sua importância. Outros enfermeiros, ainda, alegam falta de tempo para atender a família numa unidade de terapia intensiva e até mesmo por acharem excesso de informações naquele momento, como mostram alguns relatos:

" - Eu acho que os horários de visita deveriam ser todos à noite, porque à tarde bagunça muito. A gente já tem que atender o paciente, imagina atender a família também."

" - Na Coronária, mal dá tempo para atender os pacientes, como vamos arrumar tempo para atender também as famílias?"

" - Será que não é muita informação para o paciente e a família naquele momento?"

Penso que o horário de visita somente em um turno não seja apropriado porque, muitas vezes, os familiares não podem vir naquele momento, por estarem se reestruturando aos novos papéis familiares, ou por não terem condução. Além disso, pode ser bastante cansativo para o paciente receber todos ao mesmo tempo, principalmente se a família é grande. Por outro lado, existindo alternativas de horários, caso os familiares não possam vir naquele previsto, poderão vir em outro. Estes horários precisam ser flexíveis pois, se houver algum paciente mais grave, no qual estejam sendo realizados procedimentos complexos, os familiares precisam ser informados para virem mais tarde ou aguardarem até que seja possível.

Conclui-se, daí, que é fundamental que o enfermeiro perceba o momento de aplicar o formulário para as informações de visita e como realizá-lo. A falta de tempo, muitas vezes justificada pelo enfermeiro, pode ser uma desculpa pela dificuldade de interagir com as famílias. O que se precisa é ter "disposição para", conscientizando o enfermeiro de que a família é o contexto natural de apoio social para o ser humano e influencia diretamente a compreensão de uma situação de crise e, conseqüentemente, na melhoria das condições de sua saúde.

Durante o preenchimento do formulário de informações de visita, os questionamentos não devem ser realizados em forma de pergunta e resposta, pois desta forma não se dará a interação. É preciso suavizar os questionamentos e as informações, dialogando com o paciente e sua família. Ao mesmo tempo, este é o momento de colher mais dados sobre a história de vida da família.

Grace: - Os horários de visita aqui na Unidade Coronariana são das 15:30 às 16:30 horas e das 20:00 às 20:30 horas. O senhor gostaria de receber visitas em quais desses horários?

Pedro: - Ah! Eu prefiro à noite, porque a minha filha sai do trabalho e pode vir me ver.

Grace: - À tarde, o senhor não gostaria?

Pedro: - À tarde também é melhor prá minha mulher.

Grace: - Quem são as pessoas que poderão vir visitá-los? Aquelas que são mais chegadas e que o senhor gostaria de vê-las?

Pedro: - A minha mulher,

Grace: Como ela se chama?

Pedro: Rosa; as minhas duas filhas, a Carmen e a Rosiane e o meu irmão Marcos.

Grace: - Mais alguém?

Pedro: - Acho que não, assim está bom.

Grace: - Então, como o senhor falou, a Carmen e a Rosiane podem vir à noite e a sua esposa e seu irmão à tarde?

Pedro: - É! Assim está bem.

Grace: - Para quem lá da sua casa, nós deveríamos dar informações suas se houver necessidade?

Pedro: - Pode telefonar para a minha vizinha, que ela dá o recado para a minha mulher.

Grace: - O senhor gostaria que sua família trouxesse alguma coisa para o senhor? Roupas de baixo, algum material de higiene ou algo para ler?

Pedro: - Eu preciso de escova de dentes, pasta e do meu livrinho de cabeceira de São Francisco, meu protetor.

Grace: - Está certo, vou telefonar para sua esposa trazer tudo isto na próxima visita.

Assinam o formulário o enfermeiro e o Sr. Pedro. Disse-lhe que uma cópia iria ficar no prontuário e a outra daria para a sua família. Perguntei-lhe o que tinha achado do formulário. Indagou que considerava uma coisa boa, porque poderia receber a visita da família.

Pedro: - Vocês aqui são muito bons!

Em seguida, anexei ao prontuário do paciente o formulário, informei à funcionária do quarto e entreguei a outra cópia para a família quando

esta veio para visitá-los. Expliquei o que significava aquele papel e dona

Rosa perguntou:

Rosa: - O porteiro não vai me barrar a entrada lá embaixo? Porque hoje ele não queria me deixar subir...

Grace: - Dona Rosa, nós fizemos um acordo com a portaria e, se vocês apresentarem este papel lá embaixo, eles os deixarão subir, certo?

Rosa: - Obrigada minha filha... Como ele está ?

Grace: - Está melhor Dona Rosa, teve um pouco de dor ontem à noite, mas hoje está bem melhor. Alimentou-se bem agora à tarde e sua pressão arterial está boa.

Rosa: - Ele vai fazer catete...

Grace: - Cateterismo? Sim, vai fazer, mas somente depois que ele sair da Unidade Coronariana, ainda não foi marcado.

As informações para a visita não têm, necessariamente, que serem dadas através de formulário, podendo ser fornecidas informalmente durante o período de admissão, respeitando sempre a vontade do paciente e de sua família. Contudo, a experiência que tenho com o formulário é que ele requer mais tempo junto ao paciente e sua família, ajuda ao enfermeiro fazer-se conhecer e, ao mesmo tempo, propicia maior proximidade entre os membros da família, que são significativos naquele período para o paciente. É também uma forma de respeitar os horários da família e da própria instituição.

Para trabalhar o meio, o enfermeiro também reforça a auto-estima e a esperança da família. Durante os encontros, o profissional pode fazer afirmações do tipo:

" - Você está muito bem hoje!;"

" - Vocês são muito unidos, vão com certeza superar isso!;"

" - Você é jovem! Sua cirurgia tem tudo para dar certo!;"

" - Tenham confiança! estou aqui para ajudá-los!;"

" - Estou aprendendo muito com vocês.."

O enfermeiro é uma pessoa a mais na vida da família, que oferece outro ponto de vista. O enfermeiro precisa ser uma pessoa em harmonia, alguém que possua força e, muitas vezes, apenas a sua presença auxiliará a família na compreensão de uma situação de crise, fazendo com que cada um dos seus membros meditem e busquem sua força interior, fortalecendo assim toda a unidade familiar. Os profissionais de saúde precisam ser fortes, criativos e passar energia positiva para as famílias. É preciso ter consciência de que ela existe. Neste sentido, McGee (1984) e Belcher, Mickey & Soeken (1992) abordam que a esperança é como um cobertor frágil que envolve várias emoções experienciadas pela pessoa que está sofrendo de uma doença. A sua presença fortifica as defesas pessoais e a sua ausência tem sido relacionada à morte precoce. Parece acertado que a esperança é uma capacidade para antecipar, que mesmo na presença de sentimentos desconfortáveis, a pessoa pode se sentir melhor no futuro, fortificando as defesas contra a doença.

A seguir, são dados alguns exemplos de como o enfermeiro pode agrupar os pontos positivos da família, no sentido de ajudá-los a obter um significado para a experiência:

" - Ana, você mostrou ser uma pessoa muito forte, está ajudando muito o Antônio, dando-lhe amor e mostrando que ele pode contar com você!"

" - Gostei muito em vê-la assumindo os negócios de seu marido, Maria, aprendendo como fazer. Isso é importante para você e para o João!"

" - Esta experiência que vocês tiveram aqui no hospital, parece ter aproximado mais vocês. Estão mais carinhosos e compreensivos um com outro!"

" - Você não imaginava que já pudesse estar andando, não é mesmo Antônio?"

O enfermeiro faz perguntas à família que ela possa responder, enfatizando que ele (enfermeiro) e a família estão na mesma posição de aprendizado. É preciso admitir quando se esquece de informar ou questionar algo, pois assim estar compartilhando saberes. Isto precisa ser feito na hora certa e de maneira adequada:

" - Estou aprendendo com vocês e, para mim, é importante saber: como está o relacionamento de vocês após a cirurgia?"

" - Existe algo que está preocupando você, Ana? Por exemplo: quanto ao relacionamento sexual, quanto à alimentação ou outra coisa?"

" - Conte-me, Antônio, como é o seu trabalho?"

" - Você poderia descrever para mim como começou essa dor?"

" - Quem faz o quê em casa e quem é responsável pela renda da família?"

O enfermeiro pergunta a cada membro da família o que ele pode fazer que agrade a um outro membro, pois esta estratégia ajuda os membros da família a se fortalecerem mutuamente:

" - Ana, o que você pode cozinhar para o Antônio e que vai agradá-lo?"

" - O que João mais gosta de fazer quando está em casa?"

" - Nos finais de semana, o que vocês poderiam fazer para se distraírem mais?"

" - Você gosta de ler? O que eu posso trazer para você se distrair?"

" - O que os seus filhos representam na vida de vocês?"

O enfermeiro é humano, claro, direto. Ele contribui para a capacidade de compreender a situação de doença, minimizando os seus efeitos danosos e reduzindo a necessidade de defesas. Percebo que no hospital existe um "ambiente natural" (re)criado pelos próprios pacientes, no qual procuram se ajudar, compartilhar experiências, prever situações que poderão lhes acontecer, procurando informações sobre tratamento do outro e observando-se mutuamente. Este meio é fundamental para o paciente e sua família, porque ajuda a dar suporte para enfrentar a situação, ao mesmo tempo que se identificam em situações semelhantes.

No momento em que os pacientes conversam com os profissionais de saúde sobre o tratamento e recuperação, trazem durante os diálogos exemplos observados nos "companheiros" de quarto, ou da sala de estar, ou do quarto ao lado, tentando compreender sua situação a partir da experiência do outro, pois entendo que o ser humano estabelece relações e, através destas, aprende na cotidianidade de sua existência a interagir com o meio.

O enfermeiro trabalha também o meio físico, que interfere diretamente na recuperação do paciente e sua família, preparando a unidade coronariana para receber o familiar com os materiais e aparelhos necessários, dando conforto ao paciente através da aeração do quarto, limpeza, administração de medicamentos, propiciando repouso e sono, conduzindo as famílias para um local mais calmo para conversar, entre outros.

4.1.2.2- Antecipando a orientação

Esta estratégia, quando utilizada pelo enfermeiro, reduz as ameaças da doença porque contribui para o estabelecimento de uma atmosfera interacional (envolvente e significativa) com as famílias, diminuindo a necessidade de defesas, ampliando o leque de comunicações e respeitando a opinião de cada um.

A família necessita de informações desde o período mais agudo da doença de um de seus membros até sua volta para o domicílio. Estas informações devem ser repetidas tantas vezes quanto necessário, porque, principalmente no estágio mais agudo da crise, período de incertezas e ansiedade intensas, as famílias não conseguem assimilar todas as informações. Além disso, estas informações precisam ser claras e objetivas. É preciso esclarecer que a antecipação das orientações não são meramente o repasse de informações para a família. Pelo contrário, este conhecimento nasce e se desenvolve na medida em que se reflete sobre a experiência, isto é, vivencia-se a educação.

O enfermeiro, inicialmente, pode antecipar certas situações e sentimentos que poderão acompanhar aquela experiência de crise, como por exemplo, a possibilidade de uma cirurgia, os cuidados no pós-operatório, a ansiedade relacionada à cirurgia, a depressão característica do pós-operatório, a alta da unidade coronariana para as unidades de internação, a alta para casa, alguns procedimentos e exames específicos relacionados ao tratamento, entre outros. Ao fazer isso, o enfermeiro cuida para que os membros mais significantes das famílias estejam presentes, pois o fato do grupo vivenciar experiência semelhante fortifica a unidade familiar. Cada um aprende como fazer e, através da

convivência com a experiência, compartilha com os outros os seus significados. Assim sendo, estarão aprendendo com a experiência, transformando e sendo transformados por ela, criando e (re)criando formas de uma vida mais saudável .

A seguir, faço o relato de um diálogo com uma das famílias, no qual procuro exemplificar esta estratégia.

FAMÍLIA DE JOÃO:

Tendo conhecimento de que João ia submeter-se a uma cirurgia de RM, ao entrar em seu quarto percebi que ele estava muito tenso, deitado no leito e recebendo concentrado de hemácias, porque o hematócrito estava muito baixo. Neste mesmo momento, o padre da instituição entra no quarto de João, onde se encontravam mais pacientes, convidando a todos para rezar o "Pai Nosso". Rezamos a oração e, enquanto rezávamos, um sentimento de tristeza invade João. Neste instante, algumas lágrimas deslizam através de seu rosto pálido. Ao perceber tal emoção, segurei sua mão até terminarmos a oração. Após o padre sair do quarto, começamos a conversar.

Grace: - Por que está tão triste?

João: - Estou chateado... (silêncio) ... é uma coisa chata, eu estava bem, achava que uma angioplastia resolveria o meu problema... (choro)

Recordei, então, com ele, algumas orientações, buscando o entendimento e o amadurecimento de João da situação.

Grace: - João, nós já conversamos sobre a possibilidade de você operar, porque a dor retornou. Você se recorda, lá na Coronária, quando você fez estreptoquinase e as coronárias não desobstruíram?

João: - Sim me lembro...

Grace: - Então, essa dor poderia voltar porque seu cateterismo mostrou problemas nas coronárias que uma angioplastia não resolveria. Desta forma, é grande a possibilidade de uma cirurgia e, como sei que você é uma pessoa forte, vai conseguir superar isso. Além disso, estamos todos torcendo por você. Sua esposa gosta muito de você, ela me disse que você é tudo para ela e lhe ajudará no que precisar. Seus filhos também estão aqui todos os dias e, tenha certeza, estão torcendo por você. Seu coração é forte, você é jovem, não fuma, terá uma boa recuperação. Tenha confiança.

Novamente João chora, extravasando suas emoções. Disse-lhe que era bom chorar que iria lhe fazer bem.

Grace: - Gostaria de conversar com o médico cirurgião, para conhecê-lo e para saber sobre sua cirurgia?

João: - Sim gostaria.

Fui, então, até a Unidade B e conversei com o cirurgião sobre a ansiedade de João e perguntei se poderia conversar um pouco com ele sobre sua cirurgia. Respondeu-me positivamente, informando que iria ver outro paciente e depois passaria lá.

Mais tarde, o cirurgião conversou com João sobre como seria a cirurgia, mostrou através de desenho as pontes que faria e disse-lhe que a sua daria certo. Após ele sair, João comenta que gostou do cirurgião. Reforcei dizendo-lhe que ele era uma pessoa muito competente e tinha bastante experiência. Neste instante, João comenta:

João: - Estou consciente da necessidade de fazer a cirurgia. Vou operar porque sei que vou ficar bom. Se eu não tivesse dado pouca atenção ao primeiro infarto que tive, talvez uma angioplastia resolvesse. Mas agora, preciso enfrentar... e se Deus quiser e com a ajuda de vocês, tudo vai correr bem.

Percebi, neste momento, que algo havia mudado. João refletia sobre sua situação. Num primeiro momento, extremamente dramática. Posteriormente tentava transformá-la. Comecei, então, a orientá-lo sobre como seria a cirurgia, o que poderia sentir, como se comunicar, sobre a presença de drenos, sondas e catéteres. Procurava mostrar no seu corpo onde seriam feitos os procedimentos. Em determinado instante, João perguntou:

João: - Quanto tempo vai durar a cirurgia?

Grace: - Dura, em média, de três a quatro horas. Se a cirurgia for às 08:00 horas, perto das 12:00 horas você estará de volta. O fato de você ter que fazer a cirurgia faz com que você se considere um doente?

João: - Não me sinto doente porque sei que terei uma vida normal.

Grace: - O que significa para você saúde-doença?

João: - Saúde, prá mim, é poder trabalhar, fazer as coisas que a gente gosta. Doença, ao contrário, é não poder fazer nada, é não sentir vontade de fazer as coisas.

Grace: - Este pensamento é importante. Mesmo fazendo cirurgia e adotando alguns cuidados, você poderá levar uma vida normal.

Maria e Fernando chegam para visitá-lo. Maria ainda não sabia da necessidade da cirurgia em João. Então, convidei-a para que fôssemos conversar em um lugar mais sossegado, enquanto João ficava á vontade com Fernando.

Maria: (Enquanto caminhávamos pelo corredor, comenta) - Sabe, eu sou casada com João há 35 anos e vi ele chorar ontem pela primeira vez.

Grace: - Ele lhe disse porque estava chorando?

Maria disse-me que estava preocupada porque achava que João teria que fazer cirurgia.

Grace: - O que você acha?

Maria: - Se ele tiver que operar, que seja feita a vontade de Deus...

Grace: - Olha Maria, o João precisa mesmo operar, porque a dor voltou, mesmo ele estando em repouso e fazendo o tratamento. A cirurgia é uma forma de tratamento. Ele vai fazer pelo menos três pontes de safena que ajudarão o coração a trabalhar melhor. Por isso ele está tão emocionado... Essa emoção é natural, porque esta é uma situação inesperada para ele pois tinha esperanças de retornar para casa no final

de semana. Mas conversei bastante com ele, o cirurgião também conversou e ele está mais confiante. E nos dirigimos para a Capela.

Maria: (emocionada) - Eu sinto muito apoio em você, muito mesmo. Você tem sido muito importante para nós, não sei como lhe agradecer. Sabe, eu e o João somos muito unidos e eu sou muito dependente dele prá tudo. Ele é um ótimo marido, não tenho nada para reclamar dele. Se ele fica doente eu fico doente também... (emociona-se e chora). Esta situação parece fugir de mim, é como se o chão não estivesse mais aí...

Abracei-a e ficamos ali caladas um instante, refletindo sobre aquele momento. Disse-lhe que entendia o que ela estava sentindo e que procurasse ser forte, tivesse fé e pensasse que as coisas dariam certo... Deus é quem sabe, diz Maria... Neste instante, Maria diz que gostaria de ficar mais tempo com João. Disse-lhe que não se preocupasse que ela poderia ficar o tempo que precisasse com João. Seria bom para ambos.

Maria: - Lá no nosso bairro morreram muitos amigos nossos com problemas no coração. O João se cansava muito não queria andar e eu não, sempre fui muito ativa e estimulava ele a andar.

Ao perceber que Maria estava preocupada que João morresse, disse-lhe que, o que acontecera com os seus amigos não significava que aconteceria o mesmo com eles. No caminho de volta para o quarto, disse a Maria que iria acompanhar toda cirurgia e o pós-operatório, que ficasse tranqüila que daríamos todos os cuidados para João e amanhã viria conversar mais com ela sobre a cirurgia.

Ao chegarmos no quarto, João relata que já falou com o Fernando sobre a cirurgia. Fernando, então, comenta que está preocupado com o pai, porque ele estava bem. Mas tudo vai dar certo, diz Maria. Percebi que este era o momento de deixá-los a sós porque precisavam absorver a idéia e trocar informações. Disse então para João que Maria ficaria mais um pouco com ele, desejava-lhe uma boa noite e de onde estivesse estaria torcendo por eles. Abracei-os e saí do quarto. Fui, então, até o posto de enfermagem conversar com a enfermeira sobre o que tinha percebido em João e seus familiares e que os havia orientado sobre alguns aspectos da cirurgia. Pedi para ela que reforçasse as orientações, porque ele ainda estava bastante ansioso. Esta disse-me que faria. Perguntei, então, se achava que a cirurgia de João sairia bem. Esta me disse que achava que sim porque ele não tinha outros agradáveis e foi marcada logo, o que não acontece com outros pacientes, que ficam muito tempo esperando cirurgia. Concordei com ela e acrescentei que era preciso conversar com os pacientes e familiares sobre o porquê da demora das cirurgias, pois isso causava-lhes muita ansiedade. Sem dúvida, diz ela, e ali mesmo combinamos em abordar este assunto na próxima reunião de grupo.

Quando estava saindo da Unidade, Fernando vem ao meu encontro e pergunta se achava que não teria risco a cirurgia de seu pai. Disse-lhe que risco de vida sempre tem, porque é uma cirurgia delicada, mas que teria tudo para dar certo, porque João apresentava boas condições e, colocando a mão em seu ombro, disse-lhe: Vamos confiar... ele vai se recuperar!

Confesso que, assim como a família, também tive medo que algo desse errado, porque considerava-os parte da minha família e percebia a luta deles para que a estrutura da

unidade familiar se mantivesse. E, quando passava força para eles, através do silêncio, das palavras ou dos gestos, era realmente o que sentia e acreditava. Mesmo com medo, algo me fazia sentir que poderia fazer tudo por eles e, ao mesmo tempo, não estava preparada caso João ou Antônio viessem a falecer. Desta forma, tentando transportar-me para a família, colocando-me em seu lugar, pude realmente perceber o que estavam sentindo. Um sentimento de dualidade entre a vida e a morte, permeado por uma ansiedade intensa. No entanto, no interior de cada um dos membros da família, havia um impulso para a vida que precisava ser estimulado. É impressionante a dificuldade que os profissionais de saúde têm para lidar com a morte, talvez porque são preparados para a "cura" e não para a morte. Vivem uma dualidade enquanto enfermeiros: a preservação da vida ou a compreensão de que a morte é inevitável.

Parece acertado refletir sobre as palavras de Boemer, Rossi & Nastari (1991, p. 153), nas quais "a morte não é o fim da vida humana no sentido de ser o fim de um caminho que pode ser alcançado ao término de um trajeto". Ou, como diria Kreinheder (1993, p. 110), "mesmo que estejamos verdadeiramente preparados para essa transição, há a tristeza dos que ficam e nos amam. Mas, por outro lado, conforme a morte se aproxima e o ego enfraquece, o inconsciente se esvai e, em breve, estaremos quase imersos no divino, porque Deus é um grande rio subterrâneo e, à medida que somos suaves e mansamente levados por suas águas, sentimo-nos contentes e completamente curados".

À medida que ancorava minhas reflexões, aos poucos elas se desvelavam em minha consciência, associando estas subjetividades e expressando-as através de minhas ações compartilhadas com as famílias. Conforme a família evoluía nos estágios da crise, aprendia a refletir mais profundamente sobre a sua experiência e seu processo de viver, a antecipação da orientação pode ser utilizada, prevendo sentimentos de tensão que poderiam ocorrer quando da alta da unidade coronariana para a enfermaria, um ambiente diferente daquele que estavam acostumados, com outros profissionais e outras formas de tratamento. Ao mesmo tempo que isso pode assustá-los, por acharem que não iriam receber o mesmo

tratamento, ou porque se sentiriam sozinhos por não conhecerem os profissionais daquele setor, um sentimento de expectativa e esperança invadia as famílias, pois sair da Coronária representava uma melhora, um progresso. Começavam a fazer planos quanto ao retorno para casa, buscavam informações, agora mais relacionadas aos hábitos de vida e refletiam sobre a necessidade de mudá-los. Faziam escolhas quanto ao tratamento e de como levariam essas escolhas para casa, buscando um cotidiano mais saudável. Este era o momento no qual começava a amadurecer nas famílias a responsabilidade para o auto-cuidado.

Encorajar a família a participar do auto-cuidado e nas decisões de seu cuidado, nesta fase, é uma das estratégias, que fornece suporte para sentimentos de defesa e energia positiva, para encarar novas situações. Estas transformações da experiência estimulam nas famílias a busca de forças e habilidades de enfrentamento, que através da ajuda do enfermeiro e de outros profissionais, elas poderão emergir mais fortes deste período de crise.

Mas, como o enfermeiro educa as famílias para suas escolhas em saúde, para sua participação no auto-cuidado, ou seja para a responsabilidade? Não é um processo fácil, porque as consequências aparecem a longo e médio prazo. Mas, sem dúvida, o enfermeiro pode estimular, no início, a habilidade do paciente tomar conta de si mesmo e, nas famílias, despertar a consciência da importância do auto-cuidado:

" - Antônio, você pode andar pelo quarto e, a partir de amanhã, pelo corredor. Se você se sentir cansado ou com tontura, pare e descanse. Volte a andar no outro dia. Isso é importante para ativar a circulação, para evitar problemas no pulmão e fortalecer a musculatura."

" - Vocês devem deixar que João faça as coisas mais sozinho e esperem que ele peça ajuda. Isso faz com que ele fique mais seguro de suas possibilidades e descubra aos poucos que poderá fazer aquilo que fazia antes."

" - Ana, procure estimular Antônio a tomar os seus remédios na hora marcada, deixe que a iniciativa parta dele. Você pode lembrá-lo, se perceber que ele esqueceu."

" - Neste período, normalmente o paciente fica deprimido porque passou por uma experiência traumática. Se ele se emocionar ou procurar o isolamento, conversem com ele sobre a experiência, fazendo planos para o futuro a partir de sua recuperação. Isso fortifica o "eu" dele. (família de Antônio)"

" - Seu pai teve um infarto. No começo, tanto ele quanto sua mãe ficaram muito envolvidos com tudo o que estava acontecendo. Procurem dar uma força para eles, ajudando em casa e tentando compreender o que eles estão sentindo. Isso vai deixá-los muito contentes. (família de Antônio)"

" - Aos poucos vocês vão retomando as atividades da vida diária, vocês devem conversar com os amigos neste período, pessoas com quem vocês podem contar para ajudá-los a manter a estrutura da família. (família de Antônio)"

" - Maria, você pode fazer este tipo de atividade mais vezes, porque percebo que este tipo de trabalho lhe ajuda a sentir-se mais útil e, ao mesmo tempo, divide as atividades que sobrecarregam João."

" - Provavelmente amanhã você poderá ir para o quarto na unidade. Lá vai ficar com outros pacientes no quarto e pedir ajuda pela campainha do quarto quando precisar. O pessoal lá também, como aqui, ajudam no que precisar. Amanhã eu venho acompanhá-los até a unidade e apresento o pessoal para vocês. Lá, também, o horário de visita é como aqui, só não tem o período da noite, mas vocês também poderão ficar juntos. (família de João)"

A tendência do paciente, principalmente no segundo estágio da crise, é agir como se estivesse preso a um determinado tipo de comportamento, de dependência, imposto pelas condições físicas. Entretanto, se estimulado, dizendo-lhe como o percebe, pode-se auxiliá-lo a manifestar comportamentos apropriados, com sentimentos de luta e força, para buscar sua rápida reintegração social. Para tanto, é importante que o enfermeiro trate o paciente como um adulto, capaz de pensar e agir.

Normalmente a família vê no enfermeiro uma pessoa em quem eles podem confiar, um profissional que atua em sua defesa, com o qual sentem-se mais à vontade para conversar e esclarecer dúvidas. Enfim um pessoa próxima, amiga e humana. O enfermeiro ajuda a família a ver como modelos e fatos passados influenciam nas expectativas e escolhas para a saúde:

" - Quando você me disse que fumava era porque queria descarregar a ansiedade. Agora, vivenciando com seu marido esta situação, você descobriu que o fumo prejudica sua saúde e então optou por arrumar um trabalho fora de casa. Talvez isso faça você se sentir melhor e mais útil para si mesma. (esposa de Antônio)"

" - Você me disse que tinha uma vida sedentária e que o trabalho lhe exigia demais. O que pretende fazer para mudar essa situação? (Família de João)"

" - É importante que o tipo de alimentação que vocês adotaram seja também utilizada por seus filhos, porque eles estão aprendendo com vocês a cuidarem da saúde, alimentando-se de forma mais saudável . (família de Antônio)"

Cabe, pois, concluir que a estratégia de antecipação da orientação é um processo educativo que busca descrever e preparar a família para a experiência que poderão sofrer, ou seja, antecipando certas situações e preparando-se para elas de uma maneira harmoniosa. Esta estratégia poderá ser usada tanto para crises situacionais quanto para as maturacionais.

O enfermeiro não é o profissional que mais sabe, é uma pessoa que aprende com os outros, compartilhando saberes. A educação em saúde reconhece isto ao perceber a pessoa como um ser ativo que busca algo mais na vida, tentando sempre transformar suas experiências. Ao trabalhar com a antecipação da orientação, o enfermeiro está colocando em prática sua postura ativa, como um condutor e fortificador da família em crise. E, juntos, crescem/(re)criam um cotidiano mais saudável .

4.1.2.3- Visitando as famílias no domicílio

Considero a visita domiciliar como um dos meios mais adequados utilizados pelo enfermeiro para proporcionar assistência de enfermagem para as famílias. Ela auxilia a interação com a família em seu próprio contexto social. Durante a visita domiciliar, deu-se continuidade à assistência iniciada durante a internação, através do processo "Enfrentando a crise".

Normalmente, a volta para casa provoca muita tensão nas famílias por sentirem incertezas e dúvidas em como atender o familiar em casa. Se haverá risco de alguma complicação ou o próprio excesso de cuidados durante os primeiros 60 dias após a cirurgia. Qual será a dinâmica dos papéis que serão adotados? Enfim, como colocar em prática novos hábitos de vida que são percebidos como fundamentais para a saúde? Tudo isso pode agudizar a situação de crise, dificultando e prolongando o período de sua compreensão.

No período de internação hospitalar, o enfermeiro tem um papel fundamental, no sentido de antecipar certas situações que poderão ocorrer no domicílio. Durante todo o período no hospital, precisam ser discutidos cuidados e mudanças no processo de viver da família, com o intuito de que serão levados para a vida no lar, influenciando não somente a família na qual os membros estão inseridos, mas a própria rede social da qual pertencem. Isso somente é possível através da vivência com a educação, na qual se procura transformar a experiência a partir das transformações de si próprio. Ou, dito de outro modo, a família faz suas escolhas em saúde através de uma postura ativa (Rezende, 1986), frente à situação conflituosa de crise por uma doença crítica. Esta postura ativa é despertada na medida em que cada membro da família reconhece seus próprios recursos (forças e habilidades de enfrentamento), sendo ajudado pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde que reconhecem estas possibilidades do ser humano.

Embora seja uma experiência dolorosa, à medida que a família incorpora a experiência em seu dia a dia, vai modificando o "*self*" de cada membro e vivenciando um novo saber. Um saber que é vivido, sentido, compartilhado, permeado por sentimentos, alegrias, angústias que faz a família ter consciência de si mesma e a impulsiona para novas relações.

As visitas no domicílio podem ser realizadas ainda durante o período de internação do paciente no hospital. No entanto, neste período, a família está muito envolvida com o familiar, passando a viver em função deste no hospital. Fica difícil, desta

forma, reunir o maior número de pessoas da família no domicílio. No hospital, a família consegue reunir seus membros durante as visitas, pois estão muito interessados em saber como o familiar está e querem participar do tratamento. Assim sendo, as visitas domiciliares são mais produtivas quando todos os membros estão em casa, após o familiar ter alta do hospital.

No domicílio, o enfermeiro ajuda a família a delinear papéis e funções:

" - Antes da internação de seu marido você participava de atividades religiosas na Igreja e agora que está em casa, pretende voltar?"

" - Quando você pretende assumir seu trabalho na empresa?"

*" - O que seu marido acha da idéia de você trabalhar fora?
(perguntando a Ana)"*

" - Como vocês (pais) estão percebendo o comportamento dos seus filhos após a cirurgia? (perguntando a Ana e a Antônio)"

" - Como você acha que o João está ? (perguntando a sua esposa)"

" - Antônio, você acha que a Ana está lhe fazendo proibições demais?"

O enfermeiro, ao fazer estes questionamentos, percebe como os familiares estão se vendo um ao outro durante o processo de compreensão da crise e se estão procurando manter e melhorar a estrutura da unidade familiar. À medida que o enfermeiro conscientiza os familiares de seus comportamentos e lhes mostra outras maneiras de se comportar, poderão fazer melhor suas escolhas. No meu entendimento, (re)criar/crescer, a partir de uma situação de crise, só é possível quando a pessoa dispõe de alternativas que lhe permitam determinar suas escolhas na vida.

No domicílio, o enfermeiro também está constantemente interpretando mensagens, percebendo maneiras de comunicação entre os membros, atitudes e tentando preencher falhas na comunicação. Se partirmos do pressuposto que comunicar diz respeito tanto a um comportamento não verbal quanto verbal, inseridos em um determinado contexto, as técnicas de comunicação utilizadas pelas famílias mostram como se dá o relacionamento interpessoal entre seus membros. Desta forma, o enfermeiro pode observar se os membros das famílias comunicam claramente seus sentimentos, se não há excesso de interpretações distorcidas quanto a uma palavra, se as palavras ficam "cabuladas" através de códigos, como se processa a comunicação através de gestos, da expressão facial, postura corporal e movimentos, tom de voz e até mesmo pelo modo de se vestir.

A partir daí, faço o relato de uma visita domiciliar na qual são utilizadas diversas formas de comunicação e que possibilitam perceber como a família está se relacionando em casa:

FAMÍLIA DE ANTÔNIO

Cheguei na residência de Antônio por volta das 17:30 horas. Fui recebida com muito carinho. Ana veio me buscar no portão. Antônio estava sentado no sofá quando entramos na casa e levantou-se para me cumprimentar. Sua irmã estava ao seu lado no sofá.

Grace: - Como vocês estão?

Ana: (bastante ansiosa) - Tive um grande susto ontem quando Antônio desmaiou. Ele tinha tomado banho quente e depois ingeriu as medicações, o cardizen e o monocordil, e foi para o sol para passar povidine na incisão. De repente, ele começou a ficar branco, virando os olhos e sentei ele no chão. Batia no rosto dele, chamava-o e nada. Eu

não sabia se chamava alguém ou se socorria ele. Ai fiquei batendo no rosto dele e chamando. Ontem mesmo nós fomos no médico e ele explicou que é porque ele tomou dois vasodilatadores e, além disso, tinha tomado banho quente, então não deu outra. Antônio disse que não se lembrava de nada. Não viu nada. Só lembrava que a Ana passava povidine e que depois estava batendo no seu rosto.

Grace: - Antônio teve hipotensão postural, a mesma coisa que teve lá no hospital, lembram-se? As veias se dilatam por causa das medicações, com o banho quente essa dilatação é maior e ficando em pé, transitoriamente há uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, acontecendo o desmaio. O cardizen baixa a pressão arterial e diminui o trabalho do coração, podendo ocasionar hipotensão. Por isso, é importante verificar a pressão todos os dias.

- Ana - Eu tenho um aparelho que comprei quando fiz o curso técnico (indo buscá-lo).

Enquanto isso, Antônio e eu recordávamos toda a sua internação pela emergência, a dificuldade que teve para receber o atendimento do cardiologista e como foi o atendimento na Unidade Coronariana. Este elogiou dizendo que na Unidade Coronariana as pessoas foram muito boas para ele. Ana retornou rapidamente com o aparelho medidor de pressão arterial, arrumou rapidamente a meia e a camisa de Antônio e mostrou o esfigmomanômetro descalibrado. Orientei-a de como utilizá-lo e onde mandar calibrar. Antônio, ao mesmo tempo, continua relatando sobre o cateterismo:

Antônio: - Na hora do cateterismo, eu via o sangue correndo no braço durante o exame... não esperava que fosse acontecer isso comigo... (silêncio). Eu não esperava que tivesse - que operar. Eu fui, fiz o cateterismo, mas até ali eu não conhecia nada, queria era vir embora logo porque eu me sentia bem. Ai veio a notícia da operação, aquilo foi difícil de aceitar, eu tinha medo da anestesia, medo de dormir e não voltar mais... A gente vê tanta gente que faz cirurgia bem simples de varizes, de amígdala e que acabam morrendo. E eu ia fazer cirurgia no coração. Mas me enchi de coragem, você, Grace, nos ajudou muito e cada paciente que operava eu ia ver como estava...

Em seguida, após Antônio reviver a experiência que teve, orientei Ana sobre os medicamentos.

Grace: (perguntando a Antônio) - Como está sua alimentação?

Antônio: - Estou comendo bem menos do que comia e seguindo a dieta à risca.

Ana: - Ele come peixe grelhado, frango sem pele e salada. Não uso quase nada de sal na comida e só cozinho com margarina. (E, apontando para Antônio, diz): ele não faz mais aquelas montanhas no prato, comia de guloso. O pão eu também faço sem sal e só com óleo vegetal.

Grace: - E o que vocês estão achando deste novo tipo de alimentação? Antônio me disse que estava com saudade de comer uma massa bem gostosa. Por quê não come?

Antônio: - Ah, porque comigo tem que ser tudo radical na alimentação. Levei 36 anos para aprender a comer. Acho que só assim para me acostumar.

Ana: - Acho que foi importante mudar os hábitos de comer, esse é o tipo de comida que eu gosto. Os meninos estranharam um pouco no começo, mas já estão se acostumando. Eles estão na onda do esporte e precisam se alimentar direito.

Grace: - Olha, vocês não precisam ser tão radicais na alimentação. De vez em quando podem comer massa ou outro alimento. O importante mesmo é evitar gorduras de origem animal, como banha, nata, manteiga, pele de galinha e alimentos muito condimentados, frituras em excesso, molhos muito temperados e excesso de sal.

Ivo, neste instante, aparece na sala. Perguntei-lhe como estava. Disse-me que estava bem, saindo em seguida com o amigo. Ana, então, interpela-o:

Ana: - Vê se não vem muito tarde!

Antônio: - Ele sabe se cuidar.

Grace: - Antônio, em algum momento você se sentiu doente no hospital?

Antônio - Não, mesmo quando tive que fazer cirurgia só tive medo. Fiquei apreensivo mas não me senti doente.

Grace: - E você, Ana? Achava que Antônio estava doente?

- Ana - *Quando soube que ele ia operar, achei que ele era doente, porque imaginei que ele não voltaria a fazer as coisas que fazia antes. Nos outros momentos, sabia que ele tinha um problema no coração, mas não achava que ele estava doente porque ele se sentia bem.*

Neste instante, Ana levanta-se e vai ver a massa do pão. Retorna e nos mostra orgulhosa como cresceu a massa. Elogiei seu trabalho dizendo-lhe que era muito prendada.

Grace: - *Antônio, como está fazendo com as atividades em casa?*

Antônio: - *Ana me ajuda em tudo: a tomar banho, a me levantar da cama a me vestir.*

Grace: - *Não acha que poderia fazer isso sozinho?*

Antônio: - *Sim, mas a Ana prefere fazer...*

Grace: - *Antônio, você já pode fazer estas atividades sozinho! Caso necessite de ajuda, poderá pedir auxílio a Ana ou a seus filhos. Isso é importante porque lhe ajudará a se sentir confiante. Aos poucos você vai retornando à sua vida normal. Mas, digam-me, como é estar em casa?*

Antônio: - *Aqui é melhor, a gente tem mais liberdade. Quer sair, é só ir ali fora, lá no hospital não dava.*

Ana: - *Em casa não preciso me preocupar com o porteiro (risos).*

Discutimos então sobre esse problema nas instituições de modo geral, principalmente as dificuldades que os familiares enfrentam para visitar

o paciente. Antônio neste momento, diz que vai fazer reabilitação com o médico.

Antônio: - Quando fui lá no ambulatório me pesei e vi que perdi treze quilos.

Grace: - Isso é bom porque seu peso estava muito acima do normal para sua altura.

Antônio: - Eu posso andar na rua?

Grace: - Claro que pode andar. Como você fez esta semana?

Antônio: - Eu andei aqui pelo quintal, não saí ainda pela rua.

Grace: - Mas você pode agora Antônio. Fui com eles até a rua e mostrei até onde poderia ir e, que se sentisse cansaço no caminho, parasse para descansar. A Ana, no começo, pode ir com você para lhe dar mais segurança.

Ana: - É ele não vai se eu não for junto.

Antônio: - E não tem perigo de romper as pontes?

Grace: - Não, elas estão bem fixadas. São elásticas porque são feitas com as veias da perna e a artéria memária e a cicatrização é rápida. Se tivessem que romper, teria acontecido enquanto você estava lá na Coronária. Não se preocupe que elas não vão romper. Você não deve fazer excesso de esforço, como carregar peso e, com paciência, voltará a fazer as coisas que fazia antes.

Ana, trazendo o pão já pronto para a gente experimentar, sentou-se ao lado de Antônio.

Antônio: - Eu precisava de alguém que me confortasse e encontrei na Grace a única pessoa que estava ali junto acompanhando a gente, explicando e sentindo ansiedade com a gente.

Ana: - Eu tinha pena dos outros, que não tiveram esse atendimento. Foi ótimo você existir, dava força prá gente. Você esteve sempre muito próxima de nós, numa hora tão difícil como esta.

Grace: - Fico feliz que vocês pensem assim. Estou muito satisfeita em poder ser útil para vocês e poder ajudar. Mas, contem-me como foi participar das reuniões de grupo de suporte? O que vocês acharam?

Antônio: - Prá mim foi importante porque lembrei de coisas que não lembrava mais, aprendi outras e é importante a gente escutar as pessoas que já passaram por isso, como foi para elas. Naqueles dias que a gente tava no hospital, acho que o grupo ajuda a gente a superar tudo aquilo. No começo, custei a aceitar que fazia parte de um grupo desses, mas depois, como foi conduzida a reunião eu passei a me sentir melhor, as pessoas ficavam mais animadas e a gente discutia coisas que não sabia.

Aproveitei, então, para convidá-los a participar das reuniões, pois era importante que eles pasassem o que vivenciaram para os outros, para ajudá-los a enfrentar a internação. Ambos disseram que iriam. Em seguida, perguntei para Antônio se a perna tinha inchado. Ele, então, mostra a safenectomia um pouco hiperemiada e o pé levemente

edemaciado. Dei-lhe as orientações quanto aos cuidados com a perna para Antônio e ele complementou com o que vem fazendo.

Antônio: - A incisão dói ainda. Principalmente aonde tinha o dreno.

Grace: - Isso é normal, porque o dreno de tórax se localizava próximo ao pulmão, numa região bastante dolorida e, agora que estava cicatrizando, ainda permanecia um pouco sensível. E sobre seu trabalho, o que você pretende fazer?

Antônio: - Por enquanto não estou preocupado com o trabalho, porque meu chefe me liberou. Ele é muito compreensivo e eu precisava mesmo tirar férias. Vou aproveitar para me recuperar bem.

Grace: (perguntando a Ana) - A família dele veio visitá-los -?

Ana: - Sim, mas não ajudaram em nada. O irmão dele é apavorado e fica assustando o Antônio. A irmã, essa que estava aqui, nem ajuda ele a levantar. Tem até medo de tocar nele.

Percebi que a família de Antônio não era fortificadora para eles. Acabavam aumentando a ansiedade. Pedi para Ana conversar com eles e explicar tudo o que conversamos hoje, pois ficavam pávidos porque não sabem como fazer. Em seguida, Ana falou bem baixinho, dizendo que quer conversar comigo depois. Comuniquei, então, que tivessem paciência que o processo era assim mesmo. Existem muitas dúvidas, incertezas que aos poucos vão sendo compreendidas. Desejo-lhes muita saúde, muita paz. Vocês têm meu telefone, se precisarem é só ligar. Não se acanhem, nós construímos uma amizade muito forte e é para isso que servem os amigos.

Agradecendo a visita, Antônio e Ana pediram que eu aparecesse novamente ... Eles me acompanharam até o portão. Falei-lhes que achava o bairro de Forquilha grande e não o conhecia. Ana referiu que não gosta de morar naquele bairro, gostaria de voltar para o bairro que morava antes: Coqueiros. Antônio também disse que preferia lá . Aqui é uma casa do BNH, um conjunto habitacional. Viemos morar aqui porque ficava perto do meu trabalho e é mais barato.

Despedi-me e, ao entrar no carro, Ana vem até meu encontro dizendo que queria perguntar algo mas estava constrangida. Disse-lhe que perguntasse assim mesmo.

Ana (com expressão acanhada): - Eu posso fazer carícia nele? Porque quando ele estava em casa, dois dias depois eu comecei a fazer carícia nele e ele ficou com medo, pedia-me para ver se o seu pulso não estava muito acelerado. Será que não tem perigo? Ele dizia: Nega, olha o meu coração... Eu fiquei meio assustada. Outro dia eu fiz carícia de novo e ele teve ereção. Ele me disse que achou que nunca mais teria isso... A gente fica preocupada.

Grace: - Olha, Ana, as carícias são importantes e não têm perigo. A relação sexual deve ser evitada neste primeiro mês que é o período mais crítico, mas se vocês se sentirem em condições para uma relação completa você pode incentivá-lo, sem forçar. Não tem perigo de romper as pontes e caso ele se sinta cansado parem e conversem. Deixe que, aos poucos, ele vai perdendo o medo. Isso é natural porque a cirurgia é muito traumática. Fique tranqüila que as carícias são essenciais porque alimentam a vida do casal. É relaxante, estimulante e faz bem.

Ana: - Ainda bem, diz ela, pensei que tinha algum problema.

Grace: - Por que não pediu isso para mim na frente de Antônio?

Ana - Porque achei que ele não iria gostar e aí fiquei constrangida.

Grace: - Tudo bem, mas diga isso prá ele. Outra coisa Ana, observei que você faz tudo prá ele e que está ansiosa. Procure estimular mais o Antônio para que ele comece a se virar mais sozinho. Quando você sentir que ele está com dificuldades pergunte se ele quer ajuda. Isso é fundamental porque fará com que ele se sinta mais útil e não totalmente dependente. Para você também é importante porque verá que ele está se recuperando, diminuindo assim sua ansiedade.

Ana: - É, vou tentar fazer isso. Lá no hospital, quando eu não estava ele fazia as coisas sozinho, a gente é que acaba acostumando assim e nem se toca. Muito obrigada mesmo! E, desculpe perguntar essas coisas. Vê se aparece né?. Um beijo... Até breve...

Além das estratégias já mencionadas, outras também são importantes para o enfermeiro trabalhar a crise na família pois, de outro modo, antecipando a orientação, visitando a família no domicílio, trabalhando o meio, o grupo de suporte e as discussões com os outros profissionais não teriam repercussão na família se as estratégias a seguir não fossem utilizadas também. Da mesma forma, estas técnicas sem as outras associadas, podem comprometer o processo de compreensão da crise. Dentre elas destacam-se:

Encorajar a expressão aberta de sentimentos. Muitas vezes as famílias estão em crise pela doença e apresentam sentimentos de raiva, desesperança, fraqueza, frustração e desamparo. O enfermeiro precisa aceitar a expressão destes sentimentos, porque ajudam os membros da família a se aceitarem e porque fazem parte da experiência de crise. Esta

estratégia pode servir como o início de um estilo de enfrentamento mais saudável para a família no futuro. Poder-se-ia dizer que esta é uma das possibilidades de crescimento para as pessoas em crise que estão bastante propensas a receberem ajuda.

Ouvir as pessoas atentamente, mostrando interesse, ajuda a pessoa a sentir-se importante e mais segura. Ouvir requer o máximo de atenção, eliminando barreiras que possam interferir na comunicação. Algumas expressões como:

" - Pode falar, estou ouvindo!..."

" - Fale-me tudo o que você está sentindo agora!..."

" - Posso ajudá-los em alguma coisa?..."

" - Sim, continue! Entendo..."

Estas podem ajudar o paciente a perceber que o profissional de enfermagem está ouvindo e quer ajudar.

Ajudar a família a obter a compreensão da crise. Normalmente, os familiares perguntam:

" - É muito grave o caso dele?..."

" - Como será que ele vai suportar isso?..."

" - Será que ele vai ter que operar mesmo?..."

" - Eu não esperava que tivesse que operar, uma angioplastia não resolveria?..."

" - Será que ele vai sair dessa?..."

" - Vou ter que parar de trabalhar? ..."

Esta percepção da situação de crise como uma ameaça influencia o processo de viver da família. Seus membros parecem sentir-se mal e, subjetivamente, questionam-se por quê estão sendo punidos. O enfermeiro pode ajudar a família a ver os vários fatores que contribuíram para uma situação de crise e, desta forma, diminuir a auto-censura. O enfermeiro estimula os membros da família a examinar a situação total, incluindo os comportamentos que estão relacionados com a crise. Refletir sobre os seus comportamentos pode levar ao crescimento pessoal e a mudanças positivas em suas vidas.

Ajudar as famílias gradativamente a aceitarem a realidade. Muitas vezes as famílias não aceitam o que está acontecendo e uma onda de desespero invade seus membros, dificultando o entendimento da situação. Em certos casos, o paciente adota um papel de vítima na tentativa de proteger-se da situação. O enfermeiro precisa conversar com a família, explicando o que está sendo feito e, ao mesmo tempo, tentar acalmá-la, reunindo aspectos positivos do tratamento.

Ajudar as famílias a explorar novas formas de enfrentar os problemas, estimula-as para novas amizades no hospital, com famílias que estão enfrentando situações semelhantes. Esta estratégia normalmente auxilia a família a estreitar a convivência com sua rede social na comunidade.

Reforçar a aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento após o entendimento da situação de crise pela doença. O enfermeiro dá para as pessoas o tempo necessário para tentar propor soluções para a situação. São reforçados os mecanismos de enfrentamento positivos, como por exemplo, a busca de informações, o diálogo com outros, os planos para o futuro, mudanças de hábitos de vida. Neste sentido, descartam-se

comportamentos auto-destrutivos, como depressão prolongada, passividade, recusa em receber ajuda entre outros.

4.1.2.4- Montando o Grupo de Suporte:

Senti, nesse trabalho, a necessidade de montar um grupo de suporte por entender que a investida súbita e inesperada de uma doença potencialmente letal como um infarto, geralmente é percebida como uma situação de crise pela família. Além disso, a vivência junto às famílias, fez-me perceber que poderia ajudá-las a partir da perspectiva de grupo a enfrentar e compreender esta situação, estimulando-as ao auto-cuidado, a fim de buscarem ativamente uma vida mais saudável.

A família, de acordo com Dhooper (1990) constitui o mais importante contexto social dentro do qual a doença ocorre e pode ser resolvida. Durante um evento crítico há um abalo severo na unidade familiar, comprometendo o seu papel de suporte, aos seus membros e à comunidade. Torna-se crucial ao enfermeiro, então, desenvolver uma relação suportiva com a família. No entender de Taylor (1992, p. 382), "a primeira experiência do indivíduo com grupos ocorre na infância, quando é incorporado em sua família um tipo especializado de grupo natural".

Autores como Kane (1988), Nyamathi (1990) e Callaghan & Morrissey (1993) resumem que a função do suporte social é fornecer informação ao ser humano que ele é amado, cuidado, estimado, valioso e tem seu lugar próprio e portanto, é um recurso que aumenta o enfrentamento. Desta forma, através do grupo de suporte, objetivou-se melhorar a compreensão das famílias da situação de crise, aumentando suas forças e estratégias de enfrentamento. Dentre os objetivos do grupo de suporte, destacaram-se: promover suporte emocional ao paciente e sua família, agudamente hospitalizados; facilitar a redução de ansiedade para os membros do grupo; facilitar a divisão de preocupações comuns e estresse, relacionado a doença e seu tratamento; reforçar estratégias de enfrentamento positivas e identificar as negativas. A interação com os grupos estimula a mobilização de

mecanismos construtivos de enfrentamento. Além disso, o grupo de suporte ainda tem como finalidade estimular a busca de uma vida mais saudável, aumentando o repertório de respostas fortificadoras; facilitar a rápida reintegração social; estimular a coesão e a aprendizagem interpessoal no grupo; facilitar o desenvolvimento de relações suportivas no grupo para complementar a rede social natural da família; auxiliar a enfrentar a crise, aliviando a tendência ao isolamento de algumas pessoas em crise; o grupo pode ser o primeiro passo no restabelecimento de uma rede social vital; e atuar como um meio de proteção imediata (é fonte de informação e afirmação).

4.1.2.4.1- Compondo o grupo

Para montar o grupo de suporte inicialmente busquei um contato informal com os enfermeiros na tentativa de investigar o interesse e o entendimento da importância do grupo. Posteriormente, com os enfermeiros interessados, fizemos uma reunião formal, na qual discutimos o que é o suporte social. Durante as discussões, os enfermeiros centravam-se mais nos aspectos relacionados à doença, tratamento e reabilitação, fazendo comentários do tipo:

" - Esses pacientes não conhecem nada sobre a cirurgia..."

" - Se houvesse um vídeo que falasse sobre a anatomia do coração, sobre os medicamentos que estão tomando, nós poderíamos falar cada dia de um assunto... "

Disse-lhes que tudo isso era importante, mas que o grupo de suporte não se limitaria apenas a este aspecto biológico, mas também ao de promover recursos para as famílias ou grupos, para unir fontes e tipos de suporte para os membros das famílias durante a fase aguda de uma situação de crise, ou seja, ajudá-los a enfrentar a situação que estavam experienciando.

Os enfermeiros questionaram, durante nossos encontros, o porquê do atendimento aos familiares. Ressaltei-lhes que a família é a principal fonte de ajuda e suporte para seus membros e que uma doença crítica, como a cardíaca, provocava uma situação de crise não somente para o indivíduo no hospital, mas também para todos os seus familiares. E que, mesmo sendo rápida a passagem do paciente pelo hospital, voltaria posteriormente para o convívio com sua família e com a sua rede social. Além disso, a doença repercute em toda a unidade familiar, ela própria, poderia ajudar seus membros a enfrentar e compreender a situação. Assim sendo, seria fundamental que a família também fosse assistida, de modo que a experiência que estavam vivendo não fosse tão traumática, auxiliando-os a alcançarem sua rápida reintegração social.

As reuniões de grupo tiveram seu início no dia 4 de maio de 1993, havendo uma pequena interrupção neste mesmo ano para uma reestruturação do grupo, avaliação do andamento das reuniões realizadas e em virtude de mais enfermeiros estarem interessados em participar. Após estas discussões sobre a finalidade do grupo de suporte e o porquê da presença dos familiares, passamos a um segundo momento que foi o de como desenvolver as reuniões, ou seja, qual seria a dinâmica das reuniões, quais os materiais didáticos a utilizar, como convidar os participantes, qual o horário e o local das reuniões, que terminologia utilizar, como sentir as necessidades do grupo etc.

Decidiu-se, então, que o convite para participar das reuniões seria feito no próprio dia da reunião, através de cartazes que seriam colocados no setor e durante a semana nas visitas dos enfermeiros aos pacientes. Seria informado, através dos convites, a finalidade do grupo, o local e a hora das reuniões e a importância da participação dos familiares. Além disso, as reuniões seriam uma vez por semana, nas quartas-feiras, no período das 15:30 horas às 16:15 horas, aproveitando também os familiares que viriam para a visita. Seriam convidados, também outros profissionais que tivessem interesse em participar, como assistente social, médico, psicólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Na primeira reunião, seriam divulgados os objetivos do grupo aos participantes, haveria a apresentação de cada um dos membros, seriam investigadas as expectativas dos participantes em relação ao grupo e seriam respondidas questões diversas. A primeira reunião seria uma forma de "quebrar o gelo", mais como uma apresentação dos participantes junto às famílias. Seria desenvolvida gradativamente uma atmosfera confiante e significativa com os membros do grupo, estimulando a participação de todos. Ainda devido à alta rotatividade dos componentes, decidiu-se que cada novo encontro seria precedido pela apresentação de cada membro do grupo e seriam dadas informações quanto aos objetivos do grupo de suporte aos participantes, bem como do relato prévio da reunião anterior. Esta estratégia foi adotada pelos enfermeiros a fim de tornarem-se mais conhecidos do grupo, juntamente com os seus objetivos.

Combinou-se, ainda, que cada encontro com o grupo também seria precedido por um encontro com os enfermeiros e outros profissionais, para a preparação da reunião seguinte. Firmou-se que, após cada reunião, far-se-ia uma discussão sobre o andamento das mesmas, as observações e dúvidas levantadas. As primeiras reuniões foram realizadas na sala de recreação da Unidade de Internação "B" e, atualmente, estão sendo realizadas na Capela, por ser maior o espaço físico e, conseqüentemente, possibilitar maior conforto aos participantes. Como dirigente do grupo, decidi que o grupo de enfermeiros organizadores dariam continuidade à organização e estruturação do grupo.

4.1.2.4.2- Desenvolvendo as reuniões - A inserção no grupo

Durante o desenvolvimento das reuniões, procurei estabelecer uma atmosfera calma e suportiva, dando a cada encontro as boas-vindas aos participantes, introduzindo-os na reunião. Ressaltei os objetivos do grupo em cada encontro, a duração das reuniões e o desenvolvimento da confiança, encorajando a verbalização de questões pelos participantes, mostrando interesse e vontade de ajudar.

Manifestei uma atitude franca, aberta, não autoritária. Apresentei-me ao grupo, dizendo-lhes quem eu era, o que fazia e o que pleiteava. Assumi meu papel com autenticidade, compromisso e dialogando, pois o meu objetivo era fornecer suporte às famílias, bem como questionar e identificar uma situação de crise no grupo pela doença cardíaca. As pessoas sentiram-se à vontade para falar, questionar a nosso respeito e a respeito delas próprias, expressando sentimentos, aconselhando outros membros do grupo e trocando experiências.

Procurei respeitar profundamente cada membro do grupo como pessoa e estimular o auto-cuidado. Em cada reunião, eram discutidos brevemente temas de interesse relacionados à doença do familiar devido à necessidade de informações básicas sobre ele. Em meu entendimento, isto era necessário para iniciar a redução da ansiedade e fazer com que os membros das famílias participassem do suporte emocional. Além disso, possibilitei o momento da necessidade de recordar o evento que levou à hospitalização como forma de ventilar sentimentos e evitando, sobretudo, que um dos participantes do grupo monopolizasse o período do grupo, questionando-os se alguém mais teve experiência similar.

Os assuntos solicitados para as discussões em grupo foram: "O que é o Infarto Agudo do Miocárdio, cujas discussões no grupo levaram a questionamentos sobre fatores de risco, dieta, atividade física, anatomia do coração, tipos de cirurgia. Outros problemas específicos como Insuficiência Cardíaca, Arritmias, colocação de marca-passo, hipertensão,

diabetes". Houve, também, questionamentos sobre o planejamento da alta hospitalar em relação ao cuidado no domicílio e ao que fazer com o familiar em casa. Além destes aspectos, identifiquei temas comuns ou emoções que apareceram no grupo, como ansiedade em relação ao tratamento, angústia por estar longe dos familiares, alegria pela melhora do familiar. Neste sentido, procurei sempre dar uma palavra de conforto e um reforço positivo na tentativa de aliviar as tensões e, ao mesmo tempo, atuar como um reforço para todo o grupo. Sempre estávamos alerta para finalizar a reunião no tempo previsto. Cada reunião era finalizada com um breve sumário dos temas comuns, uma mensagem de agradecimento aos participantes e um convite para retornar.

Nestas discussões, percebi a carência de informações e a ansiedade dos familiares, assim como os diversos sentimentos relacionados ao que estava acontecendo. Alguns relatos mostraram a visão destes aspectos:

" - eu não sei o que eles vão fazer comigo..."

" - a gente pode ter uma vida normal com este problema?..."

" - coração grande tem que operar?..."

" - eu moro longe, no extremo oeste, lá em casa não sabem o que está acontecendo comigo, somos pobres eles não têm como vir para cá . Hoje deixei recado no vizinho..."

" - meus filhos se cuidam bastante, o único defeito do mais velho é que ele bebe demais..."

" - olhem amigos, vocês não precisam ter medo, a gente se assusta no início, mais o pessoal, os médicos e as enfermeira cuidam bem da gente..."

" - quero ir embora logo..."

" - meu pai teve complicação no pulmão porque fumava, é importante sabermos o mal que o fumo causa..."

" - estou emocionada e contente com a ajuda de vocês!..."

" - a gente ficar sabendo o que vão fazer com a gente é a melhor coisa que pode acontecer ..."

" - meu marido vem sofrendo há dez anos. Nestes últimos dias ele teve duas crises. O médico disse que ele tem que operar senão morre. Se acaso ele operasse, quanto tempo de vida ele vai ter?..."

" - quando eu entrei aqui fiquei muito assustado, achava que estava bem e agora vou ter que fazer cirurgia..."

" - graças a Deus meu pai melhorou bem..."

" - eu tenho que arrumar sangue para o meu marido operar, ele está muito nervoso, você dá uma "conversadinha" com ele depois?..."

" - depois da cirurgia a gente pode ter relações sexuais?..."

" - meu marido trabalha muito, já disse prá ele que agora precisa se cuidar mais, lá em casa já começamos a cuidar na alimentação: pouco sal e gordura..."

" - eu sou muito dependente do meu marido, mas agora que ele está internado eu estou fazendo os serviços de banco prá ele. Ele sempre quis que eu aprendesse antes, mas agora foi realmente preciso..."

Antes de finalizar as reuniões, reservava alguns minutos para o desenvolvimento de uma técnica de relaxamento. Normalmente, usei a respiração diafragmática, procurando fazer com que cada um dos participantes sentissem o ar entrando nos pulmões e por todo o corpo, ao som de uma música suave de fundo. O objetivo da utilização desta técnica era o de auxiliar na redução da tensão muscular e conseguir o relaxamento progressivo, estimulando a inter-relação e inter-conecção corpo-mente-espírito.

Intercalando a técnica de relaxamento, também desenvolvemos técnicas de dinâmica de grupo como, por exemplo, o gráfico de minha vida e o conhecimento pessoal para estimular a auto-percepção e a percepção do grupo. A técnica do "gráfico de minha vida" consiste em representar graficamente os fatos mais importantes da própria vida e representar o lugar onde cada participante se encontra no momento atual, em relação à família, ao grupo e à sociedade (Fritzen, 1991).

No que concerne ao lugar que os participantes se encontravam em relação à família, seja através de desenho ou escrevendo, os participantes colocaram diferentes posições: uns sentiam-se unidos à família mas, no entanto, estavam preocupados com a saúde de um de seus membros; um segundo colocou a pessoa doente no hospital calma e a família muito nervosa, ou ainda, como referido por outro que, no hospital estava tranquilo e com a família estava preocupado; outros colocaram a família ajudando no hospital, feliz com a recuperação do familiar; um outro ainda revelou que se sentia livre como um pássaro e percebia o pessoal do hospital como uma família; outro relatou estar confortando colegas no hospital e fazendo amizades. Com relação ao grupo e a sociedade, não houve distinções dos termos usados pelos participantes, mas a maioria relatou sentir-se confiante, esperançosa, satisfeita com o atendimento do hospital, sendo que um dos participantes colocou que nós estávamos sendo como a "luz do sol", dando carinho e ajudando.

Com relação à técnica de conhecimento pessoal, também desenvolvida nas reuniões, consistiu em pegar vários pedaços de papéis coloridos, sendo que cada

participante escolhia uma cor. Posteriormente, relatava para o grupo o significado daquela cor escolhida para aquele momento que estava vivenciando. A maioria dos participantes escolheu o verde e o azul, argumentando que o verde significava esperança de ficar bom logo e retornar para casa e o azul porque se sentiam cada vez melhor - estava "tudo azul". Um participante escolheu o vermelho porque era a cor que vestia naquele dia. Sentia o sangue correndo em suas veias novamente, estava vivo. Outro escolheu o preto porque havia ultrapassado o luto. Esteve perto da morte mas, com nossa ajuda e a de Deus, estava vivo ainda. Contudo, revelou que tinha medo de não estar preparado quando Deus o chamasse. Outros escolheram o branco porque significava estar em paz, desejando que esta os acompanhasse até o dia da cirurgia e que, depois, pudessem retornar ao grupo e contar como foi.

Discutiram-se, ainda, aspectos referentes aos horários de visita, às dificuldades na liberação dos familiares visitantes junto à portaria do hospital e à falta de abrigo para familiares. Estas reivindicações foram levadas até à Direção de Enfermagem que, posteriormente, participou da reunião mostrando interesse em resolver a situação, apesar das dificuldades políticas e sociais que o problema apresentava. Como material didático, confeccionaram-se cartazes, reproduziram-se folhetos e manuais explicativos, bem como, a utilização de papéis e canetas para os desenhos e registros.

Alguns conceitos que compõem o marco conceitual foram trabalhados no grupo, como os conceitos de família e saúde-doença, além da avaliação da representação social do coração. Dentre os diversos conceitos de família relatados pelos participantes e inferidos através das discussões em grupo, destacaram-se:

" - A família é a união de dois seres da qual nascem os filhos e onde podemos trocar idéias; A família é o que me pertence, é tudo de bom que eu tenho na vida, é o meu coração e para existir a família é preciso união; A família é ótima e as enfermeiras são como uma família ...".

No que diz respeito ao conceito saúde-doença, os participantes revelaram:

" - Saúde é você poder fazer tudo aquilo que você quer e gosta, doença é estar com dor sem poder fazer nada; Saúde-doença, para mim, é como o dia e a noite, são opostos. Durante o dia o sol brilha e então tenho saúde. Durante a noite é escuro, não tenho saúde; Saúde é sentir-se bem, poder trabalhar; Saúde é o bem-estar do corpo e da alma, doença é o contrário; Saúde é vida, é pensar positivo, desânimo é doença; Saúde é alegria, felicidade; Saúde-doença é vivência em família. A família pensa que a gente é doente, eu não me sinto doente, eu estou mais preocupado que minha esposa, eu me sinto mais doente do que ela ...".

Com relação à representação social do "coração" como órgão, os participantes revelaram:

" - É o órgão mais importante do corpo, representa tudo na vida do ser humano. Sem o coração não há vida; É uma máquina que domina o corpo, é a vida. A gente suporta a dor de qualquer outro órgão, mas a do coração é insuportável ...".

Nestes relatos, foi possível perceber que o coração é um símbolo poderoso no pensamento do ser humano, muito bem assinalado por Lowen (1990, p. 17) quando afirma que "o coração simboliza não apenas o centro emocional da humanidade, mas também seu cerne espiritual. Muitos acreditam que o coração é a fonte da vida". Para este mesmo autor, existe um elo de ligação real e vital entre o coração humano e a fonte da vida, o amor. Para ele, a explicação disto pode estar relacionada com o próprio batimento cardíaco, a pulsação rítmica que conduz o sangue, a vida para todo o corpo, caracterizando todas as coisas vivas, assim como o universo físico.

Embora as reuniões de grupo de suporte tenham uma alta rotatividade de pessoas, as reuniões pareciam ter um grande impacto sobre os participantes pois era um momento de descontrair, trocar experiências, aprender, ventilar sentimentos e extravasar emoções. Alguns participantes relataram que gostaram muito das reuniões, que escutaram coisas que nunca tinham ouvido falar e que aprenderam bastante e falariam aos amigos da importância de se cuidar. Outros confessaram mudanças de hábitos em casa, principalmente com a alimentação e o sedentarismo, enquanto que outros afirmaram ter efetuado mudanças no trabalho. Teve-se, também, a satisfação de ter famílias que já haviam passado pelo grupo, por ter um de seus membros sido submetido a uma cirurgia cardíaca. Agora, retornavam ao grupo para relatar a experiência e transmitir solidariedade, apoio e carinho aos participantes.

Para desenvolver este tipo de atendimento, enfrentei vários problemas, como por exemplo: dificuldades para fazer as reuniões periodicamente, face à falta de funcionários no setor e de um local apropriado; ter a participação de um maior número de familiares; preparar o material didático; o desinteresse de grande parte dos outros profissionais e de um período prolongado de estruturação da dinâmica e organização das reuniões.

4.1.2.4.3- Avaliando o Grupo

Como avaliação preliminar, posso afirmar que, apesar de o grupo de suporte ter sido formado recentemente, senti, na prática, a importância deste tipo de trabalho para as famílias nas instituições. O grupo de suporte exerce uma ação fortificadora sobre os participantes. Houve troca de energia, amor, respeito e o compromisso com a verdade, propiciando uma atmosfera confiante no grupo. Notei, ainda, neste tipo de trabalho, uma redução na ansiedade das famílias, bem como uma busca de um melhor viver. Ou, dito de outro modo, o grupo estimulou a busca de suporte social, auxiliando, conseqüentemente, no enfrentamento e compreensão de uma situação de crise pela doença.

É admissível supor que o grupo faz os participantes se sentirem responsáveis e estimulados ao auto-cuidado, levando-os a assumir o tratamento com mais seriedade. As pessoas são respeitadas como seres humanos que possuem características próprias, fortificando o grupo.

Até o momento, considerei o objetivo do grupo atingido, sobretudo pelo fato de que as famílias que receberam a assistência através do projeto agora participavam do grupo de suporte, sendo fortificadoras para os novos membros do grupo, relatando a experiência e mostrando que conseguiram superar a crise. No entanto, tenho consciência de que muito ainda precisa ser feito, visto que o grupo de suporte é um trabalho importante para a enfermagem como profissão verdadeiramente comprometida com a valorização da pessoa humana.

4.1.2.5- Reunindo a Equipe de Enfermagem e outros Profissionais

Esta estratégia permeou todo o desenvolvimento do processo "Enfrentando a crise" porque, além de estimular o envolvimento de mais profissionais para uma assistência mais global ao ser humano, estimulou e ampliou o espaço da enfermagem como profissão de saber específico.

As reuniões aconteceram informalmente, ocasiões nas quais se discutia com os profissionais a percepção que tinham da situação do paciente, suas dúvidas quanto ao tratamento, a importância do atendimento aos familiares e suas expectativas. Discutiu-se também como melhorar a assistência que estava sendo prestada em termos de procedimentos técnicos de forma que não fosse tão traumatizante para os pacientes e familiares.

Embora os profissionais de saúde saibam da importância em prestar uma assistência mais humana aos pacientes e suas famílias, existem ainda muitas dificuldades dos

profissionais em estarem verdadeiramente comprometidos com este tipo de assistência. Muitas vezes, a falta de preparo do profissional para "doar-se mais" ao paciente que vivencia uma doença, respeitando seus sentimentos e estando realmente comprometido com a verdade e a solidariedade, acaba por distanciar ainda mais o profissional do ser humano.

Durante as reuniões multidisciplinares, diversas situações experienciadas com os pacientes e suas famílias foram relatadas. Cada membro do grupo deu sua contribuição e, ao final de cada assunto, fazia-se uma avaliação de como proceder. Discutiu-se a ansiedade dos pacientes no período pré-operatório, o medo da morte relacionado à doença, a importância das famílias, a assistência prestada às mesmas, levando reclamações dos pacientes quanto ao tipo de atendimento e sugestões de como melhorar. Discutiu-se, ainda, sobre a importância dos grupos de suporte, pré-operatório, de alta hospitalar etc.

Estas reuniões aconteceram uma vez por semana e, normalmente, os profissionais que participavam destas reuniões eram enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. O profissional médico ainda se encontrava bastante distante deste tipo de trabalho, não comparecendo às reuniões embora fosse convidado. O diálogo com os médicos, normalmente, dava-se de maneira informal, procurando-se falar para eles sobre os sentimentos dos pacientes, suas percepções em relação à doença, suas necessidades e atuando, muitas vezes, como advogados das famílias.

4.1.3- Avaliando a situação das famílias de João e Antônio

Em períodos difíceis de nossa vida, como são os de uma situação de crise, é importante refletir sobre o poder extraordinário que as pessoas têm para mobilizar suas forças. A pessoa saudável vivencia o presente com a consciência de sua própria ação e de sua força para agir. A pessoa caminha num contínuo aprendizado da consciência, buscando ser saudável. Assim sendo, a família, ao passar por uma crise, poderá encontrar novas e

melhores maneiras de "ser", criar e realizar, poderá ser uma oportunidade de saber quem realmente é e o que deseja fazer (Remen, 1.993).

A família que enfrenta uma crise por uma doença crítica como um infarto e posterior cirurgia em um de seus membros, enfrenta outra situação dramática que é a hospitalização de um dos seus membros. Os profissionais de saúde têm uma parcela importante de responsabilidade por essas pessoas, no sentido de não apenas servi-las, mas de compartilhar suas forças, enriquecendo junto, em busca de uma vida saudável. Cada pessoa é responsável por sua saúde e o impulso em direção a esta tem sua origem no interior de cada pessoa. Este impulso não deve ser imposto pelo profissional de saúde, é preciso perceber o "ser" como "uma pessoa inteira", ativa, que escolhe, procura atingir seus objetivos e se relaciona com o meio.

Entendendo a crise como um meio que estimula a ampliação das perspectivas e que torna as pessoas mais conscientes de suas verdadeiras necessidades e dos recursos que dispõem, penso que a intervenção na crise deveria ser visualizada como parte integrante do cuidado compreensivo em saúde nas instituições de saúde e nas comunidades.

A avaliação deve permear cada passo do processo de enfermagem e na sua totalidade. Cada situação que se percebe, para que seja definida, precisa de uma reflexão prévia, a fim de que se possa agir sobre ela, fazendo emergir uma nova avaliação e, conseqüentemente, torna-se possível perceber novas situações a partir da bagagem anterior..

A avaliação é entendida como um processo de reflexões profundas sobre uma situação de crise na família. Isto é, reflexões que não pretendam obter apenas resultados, mas que estes sejam significativos para provocar mudanças de comportamento na família, a fim de que esta esteja consciente das suas escolhas em saúde, transformando e sendo transformada pela experiência. Cada nova ação que é realizada precisa ser discutida com a

família e outros profissionais, de modo que se possa reconhecer suas necessidades e cada mudança que ocorre.

Avaliar uma situação de crise na família requer habilidades para combinar o que se aprende através da observação e percepção, interagindo com outras pessoas em crise e agindo como uma pessoa inteira. A avaliação da situação consistiu de dois momentos. O primeiro consistiu na evolução da família para enfrentar e compreender uma situação de crise construtivamente, isto é, se a família percebia o que estava acontecendo, mobilizava e desenvolvia forças e habilidades de enfrentamento. No segundo momento, ocorreu uma avaliação do processo "Enfrentando a Crise", do processo de assistir. Avaliou-se como o enfermeiro pode contribuir com a família para enfrentar uma situação de crise no processo saúde-doença, a fim de que ela sirva como uma oportunidade de enriquecimento de seu processo de viver.

Durante os estágios da crise, à medida que a família ia recebendo ajuda do enfermeiro e de outros profissionais, conseguia ultrapassar estes momentos, mesmo que a situação de crise se agudizasse por um novo acontecimento inesperado. Esta tinha o potencial para mobilizar mais forças e estratégias de enfrentamento e este potencial precisava ser estimulado. Como isto ocorreu? Afinal, avaliar as famílias nesta situação não é uma tarefa fácil e, ao mesmo tempo, ela também estava refletindo sobre a situação. Destas reflexões surgiu a ação por parte das famílias e do profissional. São processos concomitantes que potencializam a compreensão da crise. Inicialmente, o processo de avaliação da crise foi discutido previamente com a família, reconhecendo que aquela família estava em risco para desenvolver uma crise. Ao internar um de seus membros na instituição hospitalar, a família, aos poucos, vai tomando conhecimento do que está acontecendo, compartilhando com a equipe e com o familiar a cada passo do tratamento. Precocemente, ela vai conhecendo o quê, até aquele momento, era tão desconhecido e assustador. Para isso, a família precisava receber informações dos exames, rotinas, como poderiam ajudar seu familiar; precisava ter alguém em quem confiar no hospital, com quem eles pudessem

contar, que compreendesse o que estavam sentindo e descobrindo; e que precisava detectar quais sentimentos de negação, medo e ansiedade eram comuns neste momento e podiam ser expressados.

A família precisava ser estimulada a interagir com o meio em cada etapa do processo de compreensão da crise pois, desta forma, ia ampliando seu leque de respostas fortificadoras em saúde. O enfermeiro pode estimular esse processo tornando-o mais positivo, acolhedor e promotor da vida, através da troca de amor e energia e, sobretudo, expressando "disposição para com".

Dentre as forças e habilidades de enfrentamento positivas, mobilizadas e desenvolvidas pelas famílias para compreender a situação, destacaram-se: enfrentamento focalizado no problema e na emoção, busca de informações, habilidades para o autocuidado, flexibilidade de papéis, comunicação aberta de sentimentos e dúvidas, compartilhamento de amor e afeto entre seus membros, união entre eles, apoio da rede social, ajuda para outras famílias, habilidades para crescer com e através das crianças, segurança e encorajamento de seus membros, habilidade para promover suporte entre seus membros, habilidade para refletir com a experiência e absorver o melhor dela para a vida futura.

Quanto mais precocemente a família for estimulada a refletir sobre a experiência, de como a doença aconteceu; qual sua relação com o processo de viver da família; como será no futuro; quais as formas de tratamento e como podem receber ajuda; melhor serão as possibilidades da família sair fortalecida da situação. Este estímulo estará ampliando seu repertório de respostas fortificadoras ainda num período de intensa vulnerabilidade, no qual estão mais abertas e suscetíveis à intervenção do enfermeiro e de outras pessoas significantes.

Um questionamento extremamente importante que pôde ser feito às famílias e que ajudou a refletir sobre sua situação, mobilizando forças e estratégias de enfrentamento, ampliando seus recursos pessoais e sociais é se a família já viveu experiência semelhante antes. Se viveu, como fez para enfrentá-la. Além de vir à tona os recursos já mobilizados, estimula a percepção e o desenvolvimento de novos, pois muitos problemas não resolvidos anteriormente vêm à tona, oportunizando compreendê-los melhor agora, pois uma nova situação lhes é exigida viver.

Pergunto para João se já teve outros episódios de dor antes. Este responde que, há um ano atrás, teve dor precordial e foi internado e transferido para São Paulo para se submeter a um cateterismo. Lá disseram-lhe que tinha uma coronária com 60% de lesão e, então, mandaram-lhe voltar. Aqui, o médico pediu que parasse de trabalhar e tomasse medicamentos. Não seguiu as orientações porque sentia-se bem e continuou fazendo suas atividades normalmente. Perguntando-lhe se isto pode ter influenciado a sua recusa em vir ao médico agora, este afirmou positivamente, porque o assunto não foi tratado com a gravidade que merecia.

É admissível supor que a avaliação de uma situação de crise não deve ser feita **PARA** a pessoa, mas, sobretudo, **é um processo que está preocupado COM** a pessoa e **COM** seus outros significantes. Mas, como avaliar se a família está em crise se, muitas vezes, temos dúvidas quanto ao que dizer? Quais as perguntas que devem ser feitas? Como fazê-las?

 Não existe uma "receita" específica para isso. No entanto, a crise pode ser percebida na família à medida que se transporta à ela, colocando-se em seu lugar e tentando interpretar seus sentimentos de angústia e ansiedade intensa com a doença de um de seus membros. Todos os seus recursos pessoais e sociais são mobilizados para aquela situação.

O tempo parece parar naquele momento e uma desorganização ocorre; o ritmo de vida de cada membro da família altera-se profundamente e o futuro parece vazio e incerto para estes.

Procurei refletir com a família por quê ela se sentia incapaz de retornar aos seus papéis anteriores, isto é, se tinha dúvidas quanto ao retorno do familiar ao seu trabalho, de como seria a renda familiar se houvesse outra doença na família. A partir daí identifiquei as origens da crise. Incluindo o que estava provocando, qual era o motivo e que outros fatores sociais/culturais estavam interferindo na situação.



Verifiquei, então, em qual período da crise a família se encontrava: período agudo, de desorganização, de julgamento ou de compreensão da situação. Avaliei também as manifestações de crise na família: como seus membros interpretavam a situação de doença e qual seus comportamentos; esta situação era percebida como uma ameaça, uma perda ou um desafio? Como a família estava enfrentando o estresse que acompanhava a crise? As famílias, geralmente, percebem uma doença do coração (como o infarto) como uma ameaça intensa à vida, extremamente dramática e assustadora. Porém, ao mesmo tempo, percebem-na como uma oportunidade, um obstáculo a ser combatido, um desafio.

Pude perceber ainda que, outros questionamentos, como os recursos positivos que as famílias dispunham para enfrentar a crise e qual era a origem social/cultural das famílias, eram interrogações que as ajudavam a fazer uma auto-avaliação, impulsionando-as à compreensão da crise. Além das manifestações físicas da doença, como alterações dos sinais vitais, coloração da pele, sudorese e dor, observei uma variedade de sentimentos e comportamentos que acompanharam o diagnóstico de um ataque cardíaco em um dos membros da família. As pessoas podem expressar choque, incerteza e raiva:

" - Isso está acontecendo comigo?; - Este é o pior momento de minha vida, sinto-me como se tivesse implodido; - A gente com dor na

emergência e eles fazem um monte de perguntas; - Ah! prá mim foi um susto tudo aquilo, achei que ele não ia sobreviver; - Ele é muito teimoso, não se cuida, eu vivia dizendo para ele se cuidar; - Senti tudo o que ele sentiu, fiquei apavorada...".

Podem, outrossim, sentirem-se desamparadas e desesperançadas:

"... - O que será de nossas vidas agora?; - Eu sou muito dependente dele prá tudo... se ele fica doente eu fico também!; - Achei que eu não poderia fazer mais nada na vida...".

O paciente normalmente sente ansiedade em relação ao bem-estar dos seus familiares:

"... - Se eu não tivesse meu emprego, seria uma coisa preocupante para mim, porque minha família depende de mim; - Tenho que passar as coisas para minha mulher! ...".

Também um sentimento de perda da integridade do corpo e da auto-imagem:

"... - Será que eu vou poder levar uma vida normal?; - O que você está achando dele?; - Quando eu fui operado, achava que nunca mais teria uma vida normal; - Sinto-me estranho sem os pêlos no corpo, olha só como fiquei...".

Outros sentimentos que pude perceber através do processo "Enfrentando a crise" foram dúvidas quanto à aceitação e à imagem que o paciente passa aos outros:

" - O João só manca da perna em casa; ele fica preocupado com o que os outros vão pensar!..."

" - A Ana não me deixa fazer nada sozinho, ela só me deixa sair com ela.

Eu acho que ela pensa que eu sou dependente dela..."

O medo da morte é um sentimento forte que acompanha a crise por uma doença na família, especialmente porque é um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça diretamente a vida:

"... - Então não vai ser desta vez ainda?..."

" - Fiquei muito preocupado com o pai, achei que ele ia morrer..."

" - O caso dele é muito grave? Será que ele sai dessa?..."

O receio de alterações da vida sexual também está muito presente nas famílias que enfrentam uma doença do coração. Pelo fato deste representar o centro da vida e ao ser acometido por uma doença súbita, diversos hábitos na vida precisam ser alterados, a auto-imagem está alterada, o paciente precisa tomar diversos medicamentos etc. Tudo isso mexe com a sexualidade do ser humano, fazendo-o sentir-se incapaz para desempenhar suas atividades:

" - Quando ficamos juntos uma noite dessas o Antônio ficou excitado e fiquei preocupada que pudesse dar algum problema..."

" - Quando a gente faz esforço na relação sexual, as pontes podem arrebentar?..."

" - Quando tivemos relação novamente, fiquei feliz porque achei que nunca mais conseguiríamos..."

Normalmente, o medo provocado pela doença crítica altera a percepção da pessoa, porque ela pressupõe que será uma inválida no futuro. O enfermeiro pode mostrar à família que o que acontece, na realidade, é que a pessoa precisa mudar a maneira e o desempenho de suas atividades, o que não significa que ficará inválida.

O comportamento da família que está enfrentando uma doença crítica também pode estar alterado. Entendo que isso pode acontecer por vários fatores. A hospitalização força as pessoas a desenvolverem um sentimento e uma rotina de dependência, que é necessária devido às condições físicas do familiar. Normalmente, o hospital potencializa esta dependência ao impor uma certa hierarquia sobre a família, acabando por afetar o propósito do hospital, que é o cuidado de qualidade aos pacientes.

Além disso, o ambiente de uma unidade de terapia intensiva, os tubos, as luzes e os aparelhos, são uma lembrança constante para a pessoa de sua proximidade com a morte, repercutindo também nos seus familiares. A falta de conhecimento sobre a doença, os medos, raivas, rotinas do hospital e expectativas podem despertar no paciente e sua família comportamentos bastante alterados se não compreendermos esta dimensão da assistência enquanto profissionais de saúde. Os regulamentos e as rotinas de visita nestes estabelecimentos podem tornar o meio mais perigoso e ameaçador do que realmente é, e a crise na família pode evoluir para uma desorganização extrema.

Embora a pessoa esteja sofrendo com a experiência de crise, está aprendendo também outras formas de viver, o que me faz entender que isto é vivenciar a educação. Cada vez mais, ser saudável não parece ser apenas a ausência de doença, mas sim a presença de algo na vida, uma qualidade de viver. É saber lidar criativamente com as "mudanças", com um mundo cada vez mais complexo e estressante; é descobrir nele um mundo repleto de significados, realizações e crescente identidade pessoal.

A doença ou outras crises pessoais, exigem uma qualidade de viver, solicitando nossa capacidade de mobilizar e utilizar todos os recursos internos e externos para nosso benefício. Daí conclui-se que a doença, como todas as outras experiências humanas de crise, fazem parte de um processo contínuo de aprendizado e crescimento, pois "reconhecer o potencial de aprendizagem nas crises de saúde é fundamental para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais realista" (Remen, 1993, p. 104).

Avaliar também foi refletir como uma doença crítica como o infarto agudo do miocárdio, apesar de ser um evento extremamente traumático e que desorganiza a vida familiar, estimula a família a manifestar comportamentos saudáveis, porque buscam ajuda, informação, fazem planos para o futuro, são flexíveis às mudanças de papel, trocam amor e energia entre seus membros fortalecendo-se mutuamente. Desta forma, mesmo atingidos pela doença de um de seus membros, estão crescendo e se desenvolvendo com a crise.

Assim sendo, entendo a crise como uma oportunidade de crescimento para a família, porque ela faz refletir sobre o seu processo de viver (hábitos de vida, relacionamento, sentimentos sobre seu desempenho e sobre os papéis sociais de seus membros, bem como da influência da rede social), transformando-se a si própria e ao meio no qual estão inseridos. Faz vir à tona problemas mal resolvidos no passado, que têm relação com o atual, oportunizando compreendê-los melhor e ensejando à família buscar novas formas de viver saudável.

A partir de uma situação de crise, podem ocorrer mudanças, mesmo que mínimas, porque transforma-se a experiência, o que acaba criando e aumentando o repertório de respostas fortificadoras para novas situações no processo de viver. A família "abre-se" para a intervenção do enfermeiro e de outros profissionais, assim como para relações com outras pessoas significantes. A crise estimula buscar informações e ajuda, desperta o amor e a união das famílias e, conseqüentemente, fortalece a rede social. Permite o amadurecimento das escolhas em saúde, tornando os papéis sociais flexíveis, quebrando,

muitas vezes, comportamentos rígidos e estereotipados. Além disso, desperta um sentimento intenso de vontade de ajudar outras pessoas que enfrentam experiências semelhantes, possibilitando à família, enfermeiro e outros profissionais, aprenderem algo valioso através da experiência. Representa, pois, uma oportunidade para se começar a viver de forma mais consciente e deliberada, ampliando as perspectivas das famílias e tornando-as mais conscientes de suas verdadeiras necessidades e dos recursos que dispõem.

Em resumo, a crise faz aprender com a experiência, enriquecendo a vida cotidiana, porque ela acaba atuando como um espelho que reflete na pessoa qualidades maiores, impulsos, escolhas e objetivos mais profundos da sua vida.

Pude refletir ainda que a crise faz parte do processo saúde-doença, assim como do processo de viver da família, porque ela mobiliza as qualidades humanas, a paciência, habilidade, criatividade, sabedoria, coragem, esperança, "*insight*", amor, ou seja, aquelas qualidades que são importantes para as escolhas em saúde. Sob outro ângulo, doença denota um termo médico, voltado para o aspecto biológico da pessoa, no qual vê-se a si próprio e aos outros, não como se tivessem suas doenças, mas como se fossem suas doenças. Quando se pensa em compreender o "cardíaco", ao invés de reconhecê-lo como uma pessoa ainda desconhecida, cria-se uma falsa segurança que acaba por interromper o desejo de compreender as coisas como elas realmente são, a sua essência. Pois, "o rótulo pode definir a doença, mas o paciente geralmente é definido por aquilo que ele acredita a seu respeito, pelo que acredita ser possível" (Remen, 1993, p. 34).

Houve também toda uma reflexão de minha parte em relação ao processo de assistir "Enfrentando a Crise", na qual procurei avaliar quais foram as minhas contribuições para uma situação de crise na família. Para o despertar de suas forças e contribuir com a família na compreensão da crise como uma oportunidade de crescimento de seu processo de viver, percebi como contribuições do enfermeiro: permitir a pessoa expressar o seu "eu", através do diálogo, do reforço positivo, do estímulo ao auto-cuidado, da produção de

decisões; promover ambiente apropriado para interagir, um ambiente preocupado com a vida e com as qualidades do ser humano; antecipar alguns eventos que poderão ocorrer; dar informações claras e objetivas; manter uma relação mútua de ajuda, expressando interesse, vontade de ajudar, disposição para compreender, participar das decisões; encorajar a falar da experiência perguntando: *"O que significou esta experiência para você? - Qual foi o momento mais difícil? - Posso ajudá-los em alguma coisa?..."* estimular a expressão de sentimentos; transmitir e compartilhar confiança, segurança, amor, coragem e esperança; saber esperar o tempo da família e ouvir com receptividade, mostrando ativamente disposição para ouvir e agir; auto-perceber-se como uma "pessoa inteira", transformando-se a si próprio; compartilhar reflexões e significados; e ajudar as pessoas a escolher com liberdade, percebendo o momento da conscientização de suas escolhas ou quando simplesmente se estão deixando influenciar.

Assim sendo, entendo como grande contribuição da enfermagem em uma situação de crise o fato de o enfermeiro ser uma força para a família toda, atuando como um condutor e fortificador, comprometido com a verdade e o amor e trocando energia com as pessoas através de um relacionamento envolvente e significativo. O enfermeiro pode ser um condutor e um fortificador, servindo como um espelho bem nítido, não no sentido de mostrar o caminho como um controlador ou como se fosse superior e mais sábio, mas utilizando o seu saber com habilidade, para reforçar a tendência natural da crise a fim de promover uma capacidade pessoal mais abrangente para cada membro da família.

Tanto o profissional quanto a família trazem dois diferentes tipos de informação numa situação de crise, mas ambos devem estar dispostos a educar e ser educado pelo outro, pois nenhum deles pode assumir a responsabilidade de desempenhar a sua parte na recuperação da saúde sem a interação com o outro.

Às vezes, a crise e toda a tensão que a acompanha, parece enfraquecer as famílias e/ou grupos, deteriorá-los de uma forma que ainda não se conhece. No entanto,

embora não tenha solução para que as famílias e/ou grupos consigam sair fortalecidos de uma situação de crise, através desta nova proposta de assistência de enfermagem, descobri que cada pessoa tem potencial para desenvolver suas forças e revelar sua presença em períodos de crise e tensão. Este potencial pode estar adormecido pelo envolvimento com a situação, podendo o enfermeiro despertá-lo, conscientizando as pessoas deste poder. Segundo Remen (1993), se aceitarmos que cada um é potencialmente um transformador de experiência, poder haver uma maneira saudável de se ter uma doença, uma maneira saudável de se enfrentar uma crise. Poderá haver uma forma de utilizar estas experiências de vida, como uma indicação para mostrar o que já foi superado, para encontrar outras formas de ser e realizar. As tragédias e as situações extremamente difíceis da vida cotidiana podem ser uma maneira de saber quem realmente somos e como queremos viver.

À medida que a família vai caminhando pelos estágios de crise, é fundamental que o enfermeiro "caminhe junto", procurando modificar sua maneira habitual de cuidar dela. Isto é, o enfermeiro precisa olhar não apenas para as tarefas imediatas diárias, mas também precisa refletir sobre sua vida, seu trabalho e perceber que para ser útil, de maneira responsável, precisa aprender a utilizar seu tempo, atendendo às necessidades das pessoas, cuidando de si mesmo e se desenvolvendo para ajudá-los.

Enfim, reconhecer que, além das próprias forças humanas, os maiores recursos do paciente se encontram nos do enfermeiro, dos amigos, das famílias, dos grupos, dos médicos, de outros profissionais e de todos os que se preocupam com o seu bem-estar, ajuda o ser humano a ampliar a sua perspectiva de ser mais. O enfermeiro, principalmente, precisa encontrar formas e coragem de superar sua rigidez/inflexibilidade profissional, a fim de que consiga mobilizar recursos saudáveis, presentes em sua própria natureza humana, compartilhando-os com as famílias a energia que também possui.

5 - FAZENDO PONDERAÇÕES SOBRE A PROPOSTA E REVELANDO NOVAS POSSIBILIDADES

Neste capítulo, procuro fazer uma avaliação geral do que foi esta proposta para a enfermagem, das possibilidades que surgiram com o seu desenvolvimento, tanto para a assistência quanto para a pesquisa e educação, bem como, das dificuldades encontradas ao longo de seu desdobramento.

As reflexões aqui manifestadas não devem ser consideradas como perfeitamente acabadas. Representam, mais precisamente, o resultado de um estudo fundamentado na prática, objetivando revelar os diversos caminhos para que os profissionais de enfermagem procurem encontrar mais satisfação na profissão escolhida, prestando uma assistência cada vez mais comprometida com o respeito e amor à pessoa humana.

Desenvolver esta proposta e trabalhar com o paciente e sua família e/ou grupos, além de ter sido um grande desafio, propiciou-me a sensação de que uma luz intensa mostrava um rumo de assistência a estes, direcionada conforme a Teoria da Crise. É bem verdade que muito ainda precisa ser feito. No entanto, mesmo que as mudanças conseguidas venham a ser mínimas, não terá sido em vão o meu esforço e motivação, gratificados pela interação que aconteceu com as famílias. Foi uma experiência nova para mim e um grande aprendizado profissional, pois passei por um processo de mudança significativa, desde o meu pensar até a forma de assistir.

Para que obtivesse uma compreensão mais verdadeira das fases da crise, procurei me colocar no lugar de cada família, transportando-me para ela naquela situação que se apresentava. Desta forma, pude compreender a crise determinada pela doença e buscar os meios para ajudá-la a enfrentar este momento extremamente traumático, de uma forma construtiva, concorrendo para o enriquecimento do seu processo de viver.

Com este trabalho, não pretendo esgotar o assunto nem buscar soluções definitivas ou receitas prontas para o problema da crise provocada por uma doença. Considero que ficarei satisfeita se o mesmo puder contribuir para a prática dos profissionais de saúde que prestam assistência às famílias/grupos, oferecendo-lhes um momento de profunda reflexão sobre o impacto desta problemática, o que poderá levar a uma nova perspectiva de compreensão e ação às famílias que enfrentam uma crise.

O marco conceitual, fundamentado na teoria da crise e nos diversos autores que a têm estudado, compartilhado com as famílias e/ou grupos, possibilitou-me desenvolver uma assistência mais integral e verdadeiramente comprometida com o ser humano, uma assistência que procurou abordar e compreender tanto a experiência do paciente quanto a de sua família que enfrentam uma situação de crise. Afinal, o significado da doença é compartilhado e ajustado entre os vários membros da família e incorporado ao seu

cotidiano. Ao ser incorporado e refletido, amplia-se o leque de forças e estratégias de enfrentamento da família, no sentido de buscar uma vida mais saudável.

Assim sendo, o processo de enfermagem "**Enfrentando a Crise**" contribuiu para visualizar essa dimensão do "assistir" e "interagir" com as famílias de forma dinâmica, compartilhada e flexível. A interação se processa nessa configuração porque, mutuamente, vai se percebendo e ajustando às características dos momentos vivenciados pelas famílias durante o processo de crise.

Para que se consiga atingir um modelo mais participativo e humanizado de assistência, torna-se necessário, ao enfermeiro, desenvolver uma postura de simplicidade e humildade junto às famílias, pois a interação vai se consolidando nos pequenos gestos, no olhar receptivo, no tom de voz, no toque, na disposição "para com"... É nesta atmosfera envolvente e significativa que enriquecemos e fortificamos o paciente e sua família e/ou grupos.

As estratégias utilizadas no processo **Enfrentando a Crise**, como o trabalhar o meio, antecipar a orientação, visitar no domicílio, montar um grupo de suporte e reunir com a equipe foram fundamentais para que a interação ocorresse e as famílias fossem assistidas no seu contexto. Estas estratégias possibilitaram-me refletir intensamente com as famílias sobre o fenômeno "a crise por uma doença". Compreender que um acontecimento súbito, inesperado e que ameaça a vida, como a doença coronariana, gera uma situação de crise não somente para o paciente mas para toda a sua família, fez-me entender que o ser humano não pode ser visualizado em partes, mas no todo. Não pode ser percebido apenas pelo aspecto biológico ou físico, mas como um ser "inteiro", inserido em um determinado contexto social/cultural, a fim de preservar sua individualidade em respeito profundo ao seu existir enquanto cidadão.

Muitas vezes, essa preocupação com o ser humano inteiro é percebida como um ideal difícil de ser incorporado à prática do cotidiano do enfermeiro; no entanto entendo que, quanto mais o profissional vivenciar e conhecer sua própria natureza humana, através da família, dos amigos, do trabalho, do lazer e de um processo conjunto que valorize a sua própria unicidade, mais poderá compreender o outro, pois a sua força é a dele (paciente) e a dele é a sua (profissional). Ambos são fortificados por um processo que procura entender a situação experienciada.

Ao fazer a família aproximar-se de seus pensamentos, imagens e fantasias do inconsciente, o enfermeiro estimula estes instrumentos de força de modo a fluírem para dentro de cada membro da família como um elixir que os fará crescer, mesmo numa situação de doença. Este estímulo mobiliza e impulsiona a família a alcançar seu próprio bem-estar. Isto significa desenvolver maior sensibilidade nos seres humanos ao seu modo de fazer as coisas, às suas necessidades educacionais, à sua capacidade atual para assumir suas próprias responsabilidades, aos seus sistemas de valores, às suas convicções a respeito de si mesmas, à sua direção na vida e a seus objetivos. Quer dizer ensinar a auto-responsabilidade para aqueles que desejam aprender.

Cabe, pois, aos profissionais de saúde, estimular e ajudar as pessoas a participarem do estabelecimento do curso de seu tratamento, de seu futuro, de seu existir. Este "existir" é estar em interdependência, em solicitude para com os outros, vivendo de forma compartilhada (Remen, 1993). De certa forma, promover a saúde e o bem-estar envolve um compromisso com a livre escolha em saúde, a fim de que essa força vital que existe em nós seja desenvolvida e fortificada.

Em resumo, trabalhar com famílias significou perceber, a todo momento, que a família é o elo crucial do paciente à sua recuperação. É ela que dá apoio, força e esperança para o paciente enfrentar a doença. Compreender o ser humano numa perspectiva mais ampla leva a concluir que a família é parte da assistência de enfermagem. Ao enveredar por

este caminho, talvez o enfermeiro contribua para que ocorram as verdadeiras transformações no processo saúde/doença da sociedade.

Para colocar em prática este trabalho, houve a necessidade de se superar alguns desafios. O primeiro abrangeu os momentos enfrentados pelas famílias no hospital, desde o momento mais crítico da doença de seu familiar, perpassando por diversos estágios, até o domicílio. Isso me permitiu caminhar junto, assistindo-as continuamente, de acordo com as necessidades. Atualmente, o hospital como instituição tem ampliado a sua finalidade para incluir, também, os papéis de prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo a sua estrutura organizacional, inflexível e autoritária incentiva a dependência e desestimula a iniciativa e a criatividade dos enfermeiros, enquanto aumentam as atribuições meramente burocráticas. Assim sendo, entendo que a saúde das pessoas precisa de um sistema que aproveite as suas oportunidades e possibilidades para esclarecer opções e favorecer as habilidades de escolher com liberdade e sabedoria.

O segundo desafio foi trabalhar com as famílias na perspectiva de grupo, ampliando o foco de assistência ao incluir várias famílias. O grupo influencia as famílias a compreenderem a crise de uma forma construtiva, porque compartilha-se suporte e força, vivenciando situações semelhantes e dando abertura para expressar sentimentos e esclarecer dúvidas. Em grupo desenvolve-se uma energia comum no qual cada integrante busca sobrepujar aquele momento.

O terceiro e último desafio foi passar por um processo de transformação significativa, possibilitando-me transpor várias etapas de auto-avaliação para compreender os mecanismos que impulsionam minhas próprias escolhas em saúde. Ao tornar-me capaz de escolher com liberdade e consciência a meta selecionada, adquiria segurança interior de saber que podia contar comigo mesma. Concomitante a este processo, as mudanças, por sua vez, também ocorreram na família, quando sua percepção da situação se alterava e os

membros da família não mais enfatizavam a doença, mas, ao contrário, encaravam o seu significado para a vida futura.

Dentre as principais dificuldades encontradas no transcorrer do trabalho, a maior delas foi a de conseguir estimular a compreensão do enfermeiro quanto ao seu papel de educador, pois além de ser o elemento da equipe de saúde que mais tempo permanece ao lado do paciente é quem tem a capacidade de observá-lo como um todo e não apenas como um caso.

Entendo que as atitudes e dificuldades dos enfermeiros quanto à valorização do ensino do paciente e sua família são inerentes ao modo pelo qual os profissionais de saúde aprendem sobre educação. A pouca atenção dada ao papel educativo do enfermeiro nos cursos de graduação é uma realidade. É preciso que as universidades enfatizem em seus currículos o preparo do aluno para atuar como enfermeiro assistencial, atrelando a assistência enquanto dimensão da própria educação. Ou seja, que o ensino da graduação oriente o enfermeiro a colocar em prática explicações e demonstrações sobre o que está acontecendo com a pessoa, conforme suas necessidades e características individuais, despojando-se de preconceitos e comportamentos estereotipados e desvinculando-se, cada vez mais, de uma prática tecnicista e desumana. E ainda, permitir que os alunos tenham acesso a outros modelos teóricos que possam ser aplicados e ampliados para o benefício da comunidade.

Outros obstáculos, não menos importantes, dizem respeito ao envolvimento de mais profissionais, buscando mudanças mais amplas, não somente no individual, mas também no coletivo. Os profissionais de saúde precisam refletir mais sobre a força do ser humano, (re)pensando sua prática e (re)criando habilidades para colaborar e enriquecer com essa força. A multidisciplinaridade poderá contribuir para a melhoria da saúde da população, através de um mergulho profundo no intercâmbio de experiências.

Além disso, destacam-se: a alegação da falta de tempo; a insatisfação dos profissionais pelos baixos salários; a desvalorização do enfermeiro, principalmente pela divisão social do trabalho de enfermagem; a falta de espaço físico adequado; a falta de material didático para o desenvolvimento de trabalhos com grupos; a falta de interesse das instituições, privilegiando a quantidade em detrimento da qualidade; e, de um modo geral, o desenvolvimento e perpetuação de uma prática alienada e alienante, como outras dificuldades que interferem diretamente no desenvolvimento e ampliação da prática do enfermeiro.

Muito ainda há para pesquisar sobre metodologias e recursos. Todavia, penso que este trabalho estimula e propõe o desenvolvimento de novos estudos que aprofundem e guiem a pesquisa ao nível da assistência familiar, como por exemplo: de que forma a assistência de enfermagem poderá promover o desenvolvimento de comportamentos saudáveis na família; que novas estratégias seriam efetivas para mudar comportamentos que comprometam a saúde da família; como e quando o enfermeiro pode ser mais efetivo na intervenção com pacientes hospitalizados e suas famílias, a fim de promover uma melhor recuperação da unidade familiar; como a crise poderá servir como possibilidade de transformação pessoal e profissional; e, por fim, quais seriam as famílias fortificadoras para uma situação de crise em seus membros.

Nem tudo está perdido. É possível desenvolver propostas que estejam realmente comprometidas com a transformação da prática. E, através delas, o enfermeiro será capaz de aprender a ser enfermeiro, ser gente. Ter a humildade de aprender e compartilhar com as famílias e/ou grupos, saberes e práticas. Assim como o enfermeiro é uma força para a família, ele também é fortalecido por esta, porque compartilha amor, confiança, respeito e saberes.

Creio que as barreiras que dificultam a ação educativa/assistencial do enfermeiro da área hospitalar podem ser vencidas através de ações que busquem a

conscientização do profissional, encorajando-o a refletir sobre sua prática atual, colocando-o em contato com os conhecimentos disponíveis e preparando-o com uma ação efetivamente comprometida com a pessoa humana. Estas expectativas poderiam ser supridas através da efetivação do ensino dos pacientes e suas famílias e/ou grupos nas disciplinas de graduação e através da educação continuada em enfermagem.

É fundamental identificar as dificuldades específicas dos enfermeiros hospitalares quanto ao ensino do paciente e sua família, para que se possa intervir como uma possibilidade de transformação e crescimento da profissão. E, que esta interação entre enfermeiro/família/grupo, flua contínua e dinamicamente no trabalho da enfermagem e, sobretudo, seja incorporada ao cotidiano dos profissionais desta área, demonstrando atitudes e comportamentos verdadeiramente comprometidos com a saúde da população.

Finalmente, ao se atrelar a assistência como dimensão da educação, amplia-se a compreensão de que a palavra **ASSISTIR** está relacionada à palavra **FORTIFICAR**. Essa é, na verdade, a essência da profissão. Vislumbra-se, a partir daí, que o trabalho de enfermagem procura despertar a força no ser humano para que ele tenha acesso a ela e possa obter melhores condições de saúde, fazendo escolhas conscientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILERA, D. C. & MESSICK, J. A. Crisis intervention: theory and methodology. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1986. 253 p.
- ALPERT, Joseph S. & RIPPE, James M. Manual de doenças cardiovasculares: diagnóstico e tratamento. 3.ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 1991. 496 p.
- ANJOS, M. V. dos. O ser humano e a enfermagem no centro de tratamento intensivo. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.
- ASSAD, José Eberieras. Emergências cardiovasculares. Rio de Janeiro: EPUME, 1985, 337 p.
- BARBATO, M. G. *et al.* Problemas psicossociais espirituais dos coronariopatas internados em unidade coronariana. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 7-16, 1982.
- BASTOS, N. C. B. Educação para saúde na assistência à saúde da família. Revista Fundação SESP, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 107-114, 1979.
- BEACH, Elizabeth Keller *et al.* The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction. Heart e Lung, St. Louis, v. 21, n. 1, p. 30, Jan. 1992.
- BELCHER, Anne, MICKEY, Jaqueline, SOEKEN, Karen. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer, Journal of nursing scholarship, v. 24, n. 4, Winter, p.262-280,1992.
- BOEMER, Marli R., ROSSI, L. R., NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva. In: CASSORLA, Roosevelt M. S., Da morte. São Paulo: Papirus, 1991. 241p. p.145-157.

- BOOGAARD, Marilyn A. K. Rehabilitation of the female patient after myocardial infarction. Nursing Clinics of North America. Philadelphia, v. 19, n. 03, p. 433- 440, Sep. 1984.
- BROWNELL, Mary Jo. The concept of crisis: its utility for nursing. Advances in nursing science. Rockville, v. 06, n. 04, p. 10-21, Jul. 1984.
- CALLAGHAN, Patrick & MORRISSEY, Jean. Social support and health: a review. Journal of Advanced Nursing. Oxford, v. 18, n. 02, p.203-209, Feb. 1993.
- CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Tradução por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1980. 323 p. Tradução de:Principles of preventive psychiatry.
- CHUNG, Edward K. Emergências cardíacas. 3.ed. Rio de Janeiro:Revinter, 1988. 373 p.
- CIOSAK, S. I., SENA, S. G. A enfermagem em UTI: um momento de reflexão. São Paulo: Littera, 1983. 29 p.
- CLEMENTS, Imelda W. Crisis theory. In: CLEMENTS, I., ROBERTS, Florence B. Family health: a theoretical approach to nursing care. New York: Basic Books, 1983. p.145-156.
- _____. Stress adaptation. In: CLEMENTS, I., ROBERTS, Florence B. Family health: a theoretical approach to nursing care. New York: Basic Books, 1983. p.133-144.
- COUTU-WAKULCZYK, Ginette & CHARTIER, Louise. Family support: french validation of the critical care family needs inventory. Heart & Lung, St. Louis, v. 19, n. 02, p. 192-196, Mar 1990.
- CRONIN, Sherill Nores. Psychosocial adjustment to coronary artery disease: current knowledge and future directions. Journal Cardiovascular Nursing, Cleveland, v. 05, n. 01, p. 13-24, 1990.

DALEY, Linda. Family in critical care. Heart & Lung, St. Louis, v. 13, n.03, p. 231-237, May 1984.

DHOOPER, Surjit S. Identifying and mobilizing social supports for the cardiac patient's family. Journal Cardiovascular Nursing, Cleveland, v. 05, n. 01, p. 65-73, 1990.

DIAS, M. D. Terapia Intensiva: um passo adiante na recuperação do doente. Revista Brasileira de Clínica Terapêutica, São Paulo, v. 11 /12, p. 455-460, Nov./Dez. 1983.

DIAS, M. D. *et al* Manual para atendimento dos pacientes de UTI: Pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP. 6. ed. São Paulo: E.P.U. 1988. 77 p.

DULDT, Bonnie W. & GIFFIN, Kin. Theoretical perspectives for nursing. Toronto: Little Brawn, 1985. 277 p.

ENCONTRO INTERNACIONAL - PESQUISA EM ENFERMAGEM: UMA QUESTÃO DE SAÚDE. Curso pesquisa qualitativa em enfermagem, 1992. São Paulo, 1992.

FELISBINO, Janete Elza. Experiência assistencial de enfermagem com clientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis, 1990, 218 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

FERREIRA, Aurélio B. H. Novo dicionário Aurélio: da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.500.

FINNEY, Cheryl P. Coronary artery disease. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 27, n. 01, p. 141, 1992.

FORRESTER, D. Anthony *et al*. Critical care family needs: Nurse-family member confederate pairs. Heart & Lung, St. Louis, v. 19, n. 06, p. 655-661, Nov. 1990.

FREITAS, F. M., KAPHAN, J., SARZI, M. B. L. Avaliação das necessidades dos familiares dos pacientes internados em UTI. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1989. Florianópolis. Anais... Florianópolis:UFSC, Departamento de Enfermagem, 1989.

FRITZEN, Silvino José. Exercícios práticos de dinâmica de grupo. 16.ed. v. 2, Petrópolis: Vozes, 1991. 93 p.

GAGLIONE, Kathleen M. Assessing and intervening with families of CCU: patients, Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 19, n.13, p. 427-439, Sep. 1984.

GEISLER, Elaine M. Crisis: What it is and is not. Advances in Nursing Science, Rockville, v. 06, n. 04, p. 01-09, Jul. 1984.

GILLIS, Catherine L. The family and cardiac illness In: GILLIS, C. *et al.* Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1989. p. 344-356.

GOMES, Alice Martins A enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: E.P.U., 1988. p. 39-43: A problemática do paciente na unidade de terapia intensiva.

_____. Conceito de cuidado intensivo. A enfermagem na unidade de terapia intensiva. São Paulo: E.P.U., 1988. p. 03-05.

GRIFFITH-KENNEY, Janet W., CHRISTENSEN, Paula J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. St. Louis: Mosby, 1986. 429 p.

GRÜDTNER, Dalva I. A família na UTI. In: 43º CBEN, 1991. ANAIS... Curitiba: Paraná, 1991.

HABER, Judith Crisis theory and application In: HABER, Judith *et al.* 2ed. In: HABER, J. *et al.* Comprehensive psychiatric nursing, cap. 14, 1982. p. 305-320.

HICKEY, Mairead. What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. Heart & Lung, St. Louis, v. 19, n. 04, p. 401-415, Jul 1990.

HOFF, Lee Ann. People in crisis: understanding and helping. 2ed. USA: Addison-Wesley, 1989. 464 p.

HORTA, Wanda A. Processo de enfermagem. São Paulo: EDU/EDUSP, 1979. p. 35.

KANE, Catherine F. Family social support: Toward a conceptual model Advances in nursing science, Rockville, v. 10, n. 02, p. 18-25, 1988.

KIMURA, M. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros, São Paulo, 1984, 99 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Departamento de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da USP, 1984.

KLEINPELL, Ruth M. Needs of families of critically ill patients: a literature review psychosocial aspects of critical care. Critical Care Nurse, v. 11, n. 08, p. 34-40, 1989.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. 4. ed., São Paulo: Fontes, 1991. 290 p.

KOIZUMI, M. S., KAMIYANA, Y., FREITAS, L. A. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativa em relação à assistência de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 13, n. 02, p. 135-145, Ago. 1979.

KOIZUMI, M. S., MIYADAHIRA, A. M. K., TAKAHASHI, E. I. U. Análise retrospectiva das pesquisas de enfermagem em terapia intensiva. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 20, n. 01, p. 5-17, 1986.

KREINHEDER, Albert. Conversando com a doença: Um diálogo de corpo e alma. São Paulo: Summus, 1993. 111 p.

- LAURENTI, R. & FONSECA, L. A. M. A mortalidade por doenças cardiovasculares no Município de São Paulo em um período de 30 anos (1940-1969). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 29, n. 02, p. 85-88, 1976.
- LEAVITH, Maribelle B. Transition to illness: the family in the hospital. In: GILLISS, Catherine L. *et al.* Toward a science of family nursing, New York: Addison-Wesley, 1989, p. 262-280.
- LESKE, Jane Storer. Nursing research in critical care: Family member interventions - research challenges. Heart & Lung, St Louis, v. 20, n. 04, p. 391-393, Jul.1991.
- LOPES, M. Manual de tratamento intensivo. Rio de Janeiro: Guanabara, 1972.
- LOWEN, Alexander. Amor, sexo e seu coração. São Paulo: Summus, 1990. 200 p.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E. P. U., 1986.
- LUZ, P. L. Infarto Agudo do Miocárdio: princípios de tratamento. ARS CVRANDI, São Paulo, v. 17, p. 40-44, 1984.
- MATHIS, M. Personal needs of family members of critically ill patients with and without acute brain injury. Journal Neurosurgical Nursing, v. 16, p. 36-44, 1984.
- MERCK SHARP & DOHME(EUA). Marca registrada de Merck & Co., 1993. EUA, 1993. 06-94-MVC-93-BR-092-B.
- McGEE, Rose F. Hope: a factor influencing crisis resolution advances. Nursing science, v. 6, n. 4, p. 34-44, July 1984.
- MELTZER, L. E., PINNEO, Rose, KITCHELL, J. Roderoch. Enfermagem. na unidade coronariana. Rio de Janeiro: Atheneu, 3.ed. 1987. 340 p.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucite-Abrasco, 1993. 269 p.
- MOFFATT, Alfredo. Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo, 3.ed. São Paulo: Cortez, 1987.
- MOSELEY, Marthe J., JONES, Anne-Marie. Contracting for visitation with Families. Dimensions of critical care nursing, Philadelphia, v. 10, n. 06, p. 364-371, Nov./Dez. 1991.
- MURPHY, Patricia A. *et al* Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assesment. Heart & Lung, St Louis v. 21, n. 01, p. 25-30, Jan 1992.
- NACHMANOVICTH, Stephen. Ser criativo. São Paulo: Summus, 1993. 186 p.
- NASCIMENTO, M. Angela Alves do. A família como unidade de serviço para a assistência de enfermagem à saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 38, n. 03 e 04, p. 359-365, Jul/Dez 1985.
- NEVES, Eloita Pereira. Seminário: educação e assistência, Pós-Graduação de Enfermagem. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Abr.1993. Notas de aula.
- NEVES, Eloita Pereira, GONÇALVES, Lúcia Hisako T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. 1984, Florianópolis, Anais... Florianópolis: UFSC, Abr 1984, 376 p., p. 210-229.
- NORRIS, L. D. & GROVE, S. K. Investigation of needs psychosocial of members of critically ill adult patients. Heart & Lung, St Louis, v.15, p. 194-199, 1986.
- NYAMATHI, Adeline M. Assessing the coping status of spouses of critically ill cardiac patients: a theoretically based approach. Journal Cardiovascular Nursing, Cleveland, v. 01, n. 05, p. 01-12, 1990.

O'MALLEY *et al.* Critical care nurse perceptions of family needs. Heart & Lung, St. Louis, v. 20, n. 02, p. 189-201, Mar. 1991.

OLIVIERI, Durval Pessoa. "O ser doente": dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes, 1985. 81 p.

OTTO, Herber A. A framework for assessing family strengths. In: REINHARDT, A. M. e QUINN, M. D. Family-centered community nursing, v. 01, St. Louis: Mosby, 1973. p. 87-94.

PADILHA, K. G. O coronariopata e o ambiente de unidade de Terapia Intensiva, Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, n. 03, p. 37-46, 1987.

PEARMULTER, R. Deana *et al.* Models of center care in family of acute care setting. Nursing clinics of North America. Philadelphia, v.19, n.01, p. 173-188, Mar. 1984.

PENNA, Antonio Gomes. Filosofia da mente: introdução ao estudo crítico da psicologia. Rio de Janeiro: Imago, 1990. 197 p.

PEREIRA, S. N. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: estudo de 45 casos através de protocolo por computador. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 47, n. 06, p. 407-412, 1986.

PRADO, M L. *et al.* Mortalidade por doença do aparelho circulatório em adultos da região Sul do Brasil, 1987. [datilografado]

RANKIN, Sally H. Psychosocial adjustments of coronary artery disease patients and their spouses: nursing implications. Nursing Clinics of North America, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 271-283, Mar 1992.

REICHLE, M. J. Psychological stress in the intensive care unit. Nursing Digest. v. 3, n. 3, p. 12-15, May/Jun 1975.

- REMEN, Rachel Naomi. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993. 17 p.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Saúde dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986. 159 p.
- RIPPE, James M. Manual de tratamento intensivo. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1990. 648 p.
- SCHERR, Carlos. Prepare seu coração: Como prevenir a doença coronariana, Rio de Janeiro: Rocco, 1992, 132 p.
- SCHLANT, M. D. & ALEXANDER, R. Wayne. The heart: arteries and veins. 8.ed. New York: McGraw-Hill, 1994. p.1327- 1335
- SIMÃO, A. T. Terapia Intensiva Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.
- SIMPSON, Terri. Critical care patient's perceptions of visits. Heart & Lung, St. Louis, v. 20, n. 06, p. 681-688, Nov 1991.
- SIRLES, Ann T., SELLECK, Cynthia S. Cardiac disease and the family: impact, assessment and implications. Journal Cardiovascular Nursing, v. 03, n. 02, p. 23-32, 1989.
- TAYLOR, Cecilia Monat. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de mereness. 13. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap.26, p.370-381: Crise: teoria e intervenção.
- TITLER, Marita G., COHEN, Marlene Zichi, CRAFT, Martha J. Impact of adult critical care hospitalization: perception of patients, spouses, children and nurses. Heart & Lung, St. Louis, v. 0, n. 02, p. 174-182, Mar 1991.
- TOFFLER A. The third ware. New York: Bantan Books, 1980. p. 229.

- TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria, pesquisa e prática. Revista da Escola de enfermagem da USP, São Paulo, v. 21, n. 02, p. 135-143, Ago. 1987.
- UTZ, Sharom Williams *et al.* Perceptions of body image and health status in persons with mitral valve prolapse. IMAGE: Journal of nursing scholarship, v. 22, n. 1, Spring, p. 18-22, 1990.
- WARD, Cathy Rodgers, CONSTANCIA, Patria E. KERN, Leslie. Nursing interventions for families of cardiac surgery patients. Journal Cardiovascular Nursing, Cleveland, v. 05, n. 01, p. 34-42, 1990.
- WEIL, Pierre. A nova ética. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- WIGGINS, Nancy C. Education and Support for the newly diagnosed cardiac family: a vital link in rehabilitation. Journal of Advanced Nursing, Oxford, v. 14, n. 01, p. 63-67, Jan 1989.
- WILLIAMS, Sophronia & AGUILERA, Donna. Crisis intervention. In: MENTAL HEALTH PSYCHIATRIC NURSING. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1988. p.490-508
- WINGAARDEN, J. B. & SMITH, L. H. Psychologic consequences for the patients an staff. In: CECIL TEXTBOOK OF MEDICINE. 18.ed. Philadelphia: Sauders, 1988. p. 497-498.
- WINTERHALTER, Judith G. Group support for families during acute phase of rehabilitation. Holistic Nursing Practice v.06, n. 02, p. 23-31, 1992.
- WOOLEY, Norman. Crisis theory: a paradigm of effective intervention with families of critically ill people. Journal of advanced Nursing, Oxford, v. 15, p. 1402-1408, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

I- IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Endereço:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Profissão:

Tempo de Residência no Endereço:

II- QUESTÕES RELACIONADAS AO ACONTECIMENTO (percepção do evento):

- a) Conte-me tudo o que está pensando agora, estou aqui para ajudá-lo e estarei ao seu lado.
- b) Qual seus sentimentos em buscar ajuda ?
- c) Quando isto aconteceu?
- d) Além disto, outras mudanças ocorreram recentemente ?

III - QUESTÕES RELACIONADAS AO SIGNIFICADO DA SITUAÇÃO PARA O SER HUMANO E OS FATORES QUE INFLUENCIAM A OCORRÊNCIA DESTA SITUAÇÃO:

- a) Como esta situação afeta sua vida agora ? De que modo afetará o seu futuro ?
- b) Que efeito esta situação tem sobre os outros ao redor de você ?
- c) O que você entende por família ? Como é o seu relacionamento com sua família ?
- d) Que outros fatores poderiam estar influenciando o modo que você está vendo esta situação ?
- e) O que você acha que precipitou seu problema no coração ?
- f) O que você entende por saúde/doença ? Você se acha um doente?
- g) O que você sente normalmente quando está preocupado ? Você se considera doente?

IV- HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO:

- a) Algo parecido com o que você teve agora já aconteceu antes ? E como você o enfrentou?
- b) Como você costuma expressar seus sentimentos ? O que você faz para diminuir a tensão e a ansiedade ?
- c) Você sempre usou a mesma estratégia de enfrentamento neste período?
- d) Que outra forma você pode utilizar para enfrentar a situação? Quais são seus pensamentos acerca do porquê eles falharam?
- e) Como você está se sentindo na Unidade Coronariana e Unidade de Internação (mundo do hospital) ? O que pode ser feito para você se sentir melhor ?
- f) Que pensamento ajudaria você a sentir-se melhor agora ?
- g) Você sente-se capaz de se ajudar, desempenhar algumas tarefas como: banhar-se, ler, conversar com alguém ? Quais as atividades em que você precisa de ajuda?
- h) O que você mais deseja e como você encara o futuro?

V- QUESTÕES RELACIONADAS AO SUPORTE SITUACIONAL:

- a) Com quem você vive? Existe alguém que você é particularmente íntimo?
- b) Você tem amigos ? Qual é o seu melhor amigo? Ele(a) lhe compreende?
- c) Que pessoa pode ajudar mais você? Ela lhe dá confiança e esperança?
- d) Na sua família, quem é seu melhor amigo? Ele(a) lhe compreende?
- e) Como você se sente sobre você mesmo? O que você pensa sobre você?
- f) Há quanto tempo o Sr(a). reside neste lugar? Seus vizinhos são os mesmos ?
- g) Você está envolvido em alguma atividade comunitária?
- h) Que tipo de atividade religiosa você participa? Como isto acontece?
- i) Como é a vida para você?
- j) Como é o pessoal do hospital? Como vocês se relacionaram (na Unidade Coronariana, Unidade de Internação) ?
- l) Como você se sente após o que aconteceu?
- m) O que esta experiência lhe trouxe?

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

I- IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Data de Nascimento:

Naturalidade:

Endereço:

Estado Civil:

Grau de Instrução:

Profissão:

Tempo de residência no endereço:

Os vizinhos são os mesmos neste período? () Sim () Não

II- PERCEPÇÃO DA SITUAÇÃO/HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO/SUPORTE SITUACIONAL:

- a) Qual é a compreensão da família do que está acontecendo ?
- b) A família tem questões sobre a situação? Quais são estas questões?
- c) Que informações a família tem recebido para ajudá-los a compreender o que está acontecendo?
- d) Como a família reagiu em situações semelhantes no passado (crises passadas)?
- e) Que ajustamentos ou mudanças a família acredita que serão necessários fazer dentro da família por causa desta situação?
- f) Como a família tem expressado suas aflições?

- g) Quem são as pessoas que a família depende para ajudá-lo nas experiências estressantes?
- h) Que diferenças você notou em sua família desde que seu pai (mãe, cônjuge ou outro) teve o problema cardíaco?
- i) Quem parece mais preocupado com a saúde do membro da família?
- j) Para quem a vida mudou mais desde a situação da doença? De que modo ela mudou?
- k) Quem tem fornecido informações úteis para ajudar você a compreender o problema cardíaco de seu pai, irmão, cônjuge ou outro?
- l) Como a família está sendo atendida em suas necessidades pessoais?
- m) Qual é o entendimento da família sobre saúde/doença?

III- CONSTELAÇÃO FAMILIAR:

- a) Que lugar ocupa (pai, avô, tio etc.):
- b) Número de irmãos:
- c) Número de companheiros(as) [se houver]:
- d) Número de filhos:
- e) Crenças religiosas do entrevistado:
- f) Organização do cotidiano familiar (papéis e funções):
- g) Formas de participação social (serviços comunitários que utiliza):
- h) Quem faz o que em casa e quem é o responsável pela renda da família?

APÊNDICE 2

**INFORMAÇÕES PARA VISITA
(Enfermeiro com Paciente)**

1- IDENTIFICAÇÃO: Nome: _____ Profissão: _____

A rotina de visita pode ser durante estes períodos:

15:30 às 16:30 e 20:00 às 20:30 horas

Desses 2 períodos, em quais você gostaria de receber visitas ?

Quantas visitas neste período ? (Máximo permitido: 3 pessoas)

2- Quem são as pessoas que poderão lhe visitar e suas idades ? (Nome/parentesco)

3- Quem nós deveríamos chamar em casa se houver necessidade ?

NOME:

RELAÇÃO:

TELEFONE:

4- Quem é a pessoa que nós deveríamos informar sobre a sua condição ?

NOME:

RELAÇÃO:

TELEFONE:

Melhor período para conversar com ela diariamente:

5- Você fica mais tranquilo com ou sem a presença das visitas ?

6- Você gostaria que sua família trouxesse algo para você?

OBSERVAÇÃO: Os horários acima são flexíveis, converse com o enfermeiro da unidade.

Você pode telefonar para a unidade para saber informações, entretanto procure ligar apenas uma vez em cada turno .

ASSINATURA: Paciente/Família

ASSINATURA: Enfermeiro

NOTA: Dar uma cópia destas informações para a família e a outra anexar ao Plano de Cuidados. Completar as informações em 24 horas de admissão.

FONTE:

MOSELEY, Marte J., JONES, Anne-Marie. Contracting for visitation with families. Dimensions of critical care nursing, v.10, n. 6, Philadelphia, p. 364-371, Nov/Dez 1991.

APÊNDICE 3

HOSPITAL REGIONAL Dr. HOMERO DE MIRANDA GOMES
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
UNIDADES DE INTERNAÇÃO

**PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DE GRUPOS DE SUPORTE
FAMILIAR, DURANTE A EXPERIÊNCIA DE UMA DOENÇA CRÍTICA**

ORGANIZADORES: ELIZABETH DÁRIO

GRACE T. M. DAL SASSO

MARLENE SILVA

SÃO JOSÉ/SC, MAIO/1993

GRUPO DE SUPORTE

I- INTRODUÇÃO:

O suporte social é definido por Callaghan e Morrissey (1993) como uma troca de recursos entre, no mínimo, dois indivíduos percebidos pelo provedor ou recipiente, com a finalidade de aumentar o bem-estar do recipiente.

O grupo de suporte familiar promove um mecanismo para unir fontes e tipos de suporte para os membros da família durante a fase aguda de uma doença e na reabilitação.

Numerosos autores têm proposto que os profissionais de saúde podem promover os tipos de suporte que as famílias e pacientes necessitam, tais como: informação, oportunidades para ventilar informações e serviços de suporte. A principal fonte de suporte expressivo ou afetivo pode ser a família, os amigos ou as famílias que vivem com a mesma doença ou incapacidade.

II- OBJETIVOS:

- Promover suporte emocional para os membros da família de pacientes agudamente hospitalizados;
- Facilitar a redução de ansiedade nos membros do grupo;
- Facilitar a divisão de preocupações comuns e estresse, relacionado à doença e seu tratamento;
- Reforçar estratégias de enfrentamento positivas e identificar as negativas;
- Facilitar a transição através do sistema de cuidado de saúde;
- Aumentar o repertório de respostas fortificadoras para a busca de uma vida saudável; e
- Facilitar a rápida integração social.

III- ORGANIZAÇÃO:

- Eleger um dirigente para o grupo;
- Fazer um *feedback* com os participantes após cada sessão, para avaliar a reunião, os planos de estratégias e ventilar os resultados;
- As preocupações com dia, hora e lugar, variarão de acordo com a acessibilidade dos facilitadores, a viabilidade de uma sala, segurança e as variáveis dos pacientes, tais como: horas de visita, cirurgias etc.;
- A sala para a sessão de grupo deve ser privativa e confortável para facilitar a dinâmica do grupo;
- As reuniões serão avisadas através de cartazes na Unidade, convites escritos ou orais, com antecedência e no próprio dia da reunião;
- O convite para as reuniões poderá ser feito pelo enfermeiro da Unidade, equipe ou pelas próprias famílias que desejem participar.

IV- IMPLEMENTAÇÃO:

- 1) Os dirigentes deverão estabelecer uma atmosfera calma e suportiva, permitindo as boas-vindas aos membros da família e a introdução dos participantes na reunião;
- 2) Os dirigentes discutirão os parâmetros do grupo de suporte familiar: propósitos e objetivos do grupo, a duração das reuniões e o desenvolvimento de confiabilidade;
- 3) Os dirigentes deverão encorajar a verbalização de questões dos participantes para introduzi-los no grupo e discutir brevemente sobre a doença de seu membro da família;
- 4) Os dirigentes identificarão os temas comuns ou emoções que aparecerão dentro do grupo; e
- 5) Um dos dirigentes deverá ser responsável para finalizar a sessão no tempo previsto. Esta será finalizada com um breve sumário dos temas comuns, uma mensagem de agradecimento aos membros por participarem e um convite para retornar.

V- SUGESTÕES DE POSSÍVEIS TEMAS E INTERVENÇÕES:

- Necessidade de informações básicas. Os dirigentes promoverão informação geral, relacionada à doença do paciente e tratamento de forma geral. Isto freqüentemente é necessário para iniciar a redução de ansiedade e fazer com que os membros da família participem do suporte emocional;
- Necessidade de recordar o evento que levou à hospitalização, principalmente quando a admissão é inesperada. Inicialmente ser encorajado à recordação do evento pelos membros da família e ventilar seus sentimentos;
- Evitar que o membro da família monopolize o período do grupo. Se isto ocorrer, os dirigentes deverão perguntar ao grupo se alguém mais teve uma experiência similar;
- A imprevisibilidade do prognóstico do paciente. Os membros das famílias deverão ser encorajados a dividir seus medos do desconhecido. Os membros da família deverão receber suporte durante o processo agudo de transtorno emocional;
- Raiva: os membros do grupo podem expressar raiva em relação ao paciente, ao médico, ao enfermeiro, à doença e à perda. A raiva deverá ser aceita como um sentimento normal e deverá ser recebida com uma "atitude de não julgar";
- Necessidade de ofender: encorajar os membros das famílias a começar a trabalhar seus sentimentos, verbalizando-os e exprimindo-os;
- Dificuldade em manter a harmonia familiar, incluindo mudanças nos papéis familiares, poder, comunicação etc. As famílias serão encorajadas a verbalizar o impacto da doença, desenvolver estratégias, alternativas e utilizar suporte viável;
- Necessidade de facilitar a comunicação. Esta necessidade freqüentemente incluir ajuda dos membros da família para desenvolver estratégias, alternativas para a comunicação com o paciente;
- A necessidade para esclarecer o planejamento da alta em relação ao cuidado no domicílio. Os membros da família poderão necessitar, verbalizar seus medos e preocupações,

relacionados ao cuidado no domicílio. Deverá ser promovida informação sobre o processo de reabilitação, serviços viáveis, cuidados etc.;

VI- CONCLUSÃO:

É importante frisar, que esta proposta é uma sugestão ao desenvolvimento do grupo de suporte familiar, pois estamos abertos às sugestões e às mudanças necessárias. Apesar de termos esboçado alguns assuntos e questões que poderão emergir, os temas surgirão do grupo.

Esperamos que este tipo de atividade, seja incorporado por mais profissionais de saúde, a fim de desenvolvermos uma assistência... saúde mais humanitária, comprometida realmente com o ser humano.

VII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

WINTHERHALTER, Judith G. Grup support for families during the phase of rehabilitation. **Holistic nursing practice**, v. 06, n. 02, p. 23-31, Jan 1992.

CALLAGHAN, Patric, MORRISSEY, Jean. Social support and health: a review. **Journal of advanced nursing**, v. 18, n.02, p. 203-209, Feb 1993.

APÊNDICE 4

REUNIÃO DE GRUPO DE SUPORTE

1) OBJETIVO DO DIA:

Data:

Local:

Número de participantes: - pacientes:
- familiares:
- outros:

2) PONTOS PRINCIPAIS DISCUTIDOS:

3) "FEEDBACK" DA REUNIÃO:

4) SUGESTÕES PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

5) DATA DO PRÓXIMO ENCONTRO:

APÊNDICE 5

REUNIÃO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E OUTROS PROFISSIONAIS

DATA:

LOCAL:

NÚMERO DE PARTICIPANTES: ENFERMEIROS:
EQUIPE DE ENFERMAGEM:
OUTROS:

1) OBJETIVO DO DIA:

2) PONTOS PRINCIPAIS DISCUTIDOS:

3) "FEEDBACK" DA REUNIÃO:

4) SUGESTÕES PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

5) DATA DO PRÓXIMO ENCONTRO:

ANEXO

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS

NÚMERO DO ENCONTRO:

DATA:

LOCAL:

INÍCIO:

FIM:

DESCRIÇÃO DO ENCONTRO NOTAS DE OBSERVAÇÃO (Transcrição na íntegra)	TERMOS CONCLUÍDOS (Síntese das Observações)	NOTAS TEÓRICAS