

A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença

The person with Heart Failure. Factors that facilitate / impeded the health / disease transition

A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitan/dificultan la transición salud/enfermedad

Anabela Pereira Mendes*; Fernanda Bastos**; Abel Paiva***

Resumo

A Insuficiência Cardíaca (IC) é responsável por elevados índices de morbilidade, obstáculos ao Autocuidado. No sentido de desenvolver uma acção profissionalizada que facilite a vivência com esta patologia é imperativo conhecer o impacto no Autocuidado da pessoa com IC, face ao processo de Transição saúde-doença, remetendo para o Modelo de Transição de Afaf Meleis.

Material e Métodos: Optámos por uma abordagem qualitativa, sendo a amostra seleccionada intencionalmente, tendo sido realizadas entrevistas semi-estruturadas. A recolha e análise dos dados foram realizadas de acordo com o método de análise comparativa constante - Grounded Theory.

Resultados: Emergiram dos dados três categorias principais: “O Que Mudou em Mim”; “O que faço hoje diferente” e Factores que interferem com a transição. “O Que Mudou em Mim” representa as respostas corporais à doença, o impacto no autocuidado e os processos psicossociais. Face a estas mudanças desenvolvem estratégias que se inserem na gestão de um regime terapêutico: gestão da actividade/repouso, alimentação, medicamentos que agrupamos na categoria “O que faço hoje diferente”. O suporte familiar emerge como o factor facilitador enquanto transições simultâneas e o factor económico surgem como os que mais dificultam.

Conclusões: No quotidiano as alterações no autocuidado e capacidade de autocontrolo, revelam grandes necessidades físicas e psicológicas, às quais os enfermeiros precisam responder de uma forma profissionalizada.

Palavras-chave: autocuidado; insuficiência cardíaca; transição; enfermagem.

Abstract

Heart failure (HF) is responsible for high rates of morbidity and barriers to self-care. In order to develop professional action that facilitates living with this disease it is imperative to know the impact on self-care of people with IC in relation to the health-illness transition process, with reference to the Transition Model of Afaf Meleis. Methods: We chose a qualitative approach, the sample was purposively selected, and semi-structured interviews were conducted. Data collection and analysis were performed according to the constant comparative analysis method of Grounded Theory. Results: Three main categories emerged from the data: “What Has Changed in Me,” “What do I do differently today” and “Factors that interfere with the transition”. “What Has Changed in Me” represents bodily responses to the disease, the impact on self-care and psychosocial processes. Faced with these changes, interviewees developed strategies in relation to the implementation of the therapeutic regimen: management of the activity / rest, food, medicines; these were grouped under the category “What I do differently today.” Family support emerged as a facilitating factor, while simultaneous transitions and economic factors emerged as the most difficult. Conclusions: In daily life, changes in self-care ability and self-monitoring revealed many physical and psychological needs to which nurses need to respond in a professional manner.

Keywords: self-care; heart failure; transition; nursing.

*Mestre em Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem na UCP. Professora Adjunta na ESEL. [E-mail - anabelapmendes@esel.pt]

** Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem na UCP Professora Adjunta na ESEP (Co-orientadora do trabalho).

*** Doutor em Enfermagem, Professor Coordenador na ESEP (Orientador do trabalho).

Resumen

La Insuficiencia Cardíaca (IC) es responsable por elevados índices de morbilidad, obstáculos al auto-cuidado. A fin de desarrollar una acción profesionalizada que facilite la convivencia con esta patología es imperativo conocer el impacto en el auto-cuidado de la persona con IC, en comparación con el proceso de transición salud/enfermedad, en referencia al Modelo de Transición de Afaf Meleis.

Material y Métodos: Optamos por un enfoque cualitativo, una muestra seleccionada intencionalmente, y se realizaron entrevistas semi-estructuradas. La recolección y análisis dos datos se realizaron de acuerdo con el método de análisis comparativa constante - Grounded Theory.

Resultados: Emergieron de los datos tres categorías principales: “Lo que cambió en mí”; “Lo que hago hoy de forma diferente” y factores que interfieren con la transición. “Lo que cambió en mí” representa las respuestas corporales a la enfermedad, el impacto en el auto-cuidado y los procesos psicossociales. Ante estos cambios, desarrollan estrategias que se insieren en la gestión de un régimen terapéutico: gestión de la actividad/reposo, alimentación, medicamentos que agrupamos en la categoría “Lo que hago hoy de forma diferente”. El apoyo familiar emerge como el factor facilitador mientras que las transiciones simultáneas y el factor económico surgen como los que más dificultan.

Conclusiones: En el cotidiano las alteraciones en el auto-cuidado y capacidad de autocontrol, revelan grandes necesidades físicas y psicológicas, a las cuales los enfermeros necesitan responder de una forma profesionalizada.

Palabras clave: auto-cuidado; insuficiencia cardíaca; transición; enfermería.

Recebido para publicação em: 09.05.10

Aceite para publicação em: 02.10.10

Introdução

No âmbito das doenças crónicas percebemos relativamente à Insuficiência Cardíaca (IC), um aumento exponencial do número de casos e elevado índice de morbilidade e mortalidade (Dickson *et al.*, 2008). Embora a IC seja geralmente vista como uma síndrome dos idosos, pessoas com mais de 65 anos, 8,9% dos homens e 5,4% das mulheres com IC estão na idade pré-reforma nos EUA (Dickson *et al.*, 2008; Strömberg, 2006), constituindo por isso um importante motivo de preocupação, em saúde, na classe adulta trabalhadora. No estudo de Epidemiologia da IC em Portugal Continental (EPICA) (Ceia *et al.*, 2004), demonstrou-se que a prevalência desta doença é de 4,36% em portugueses com mais de 25 anos, ou seja, 260 mil pessoas acima desta faixa etária sofrem desta doença. De acordo com as últimas projecções do British Heart Foundation, estima-se que em, Inglaterra, cerca de 650.000 pessoas, a rondar os 45 anos, vivam com o diagnóstico de IC e prevêem uma adição de 65.000 novos casos por ano (While *et al.*, 2009).

As pessoas com IC deparam-se com obstáculos importantes ao Autocuidado, nomeadamente, limitações físicas, falta de conhecimento, constrangimentos financeiros, dificuldades na obtenção de suporte social e emocional (While *et al.*, 2009) e situações múltiplas de cronicidade. De um modo mais ou menos progressivo estas pessoas experienciam situações de grande fragilidade no relacionamento marital e familiar, no exercício profissional e no desempenho em sociedade pela progressiva limitação da capacidade funcional associada (Oguz *et al.*, 2008). Os doentes deixam transparecer a passagem de uma fase de vida para outra, de uma condição ou estado de vida para outro, que Meleis e colaboradores (2000) denominam de Transição. A transição, de acordo com estes autores, reporta a uma matriz iterativa de vivência. A pessoa faz, exaustivamente, comparações constantes e sucessivas entre o que lhe reservam as suas capacidades no presente e as que tinha antes de ser confrontado com a situação de doença. São situações múltiplas, geradoras de grande conflito interno que comprometem, no quotidiano, o seu bem-estar. Os eventos negativos em associação, (Strömberg, 2006) tendem, muitas vezes, a ser muito penalizantes, condicionando significativamente a qualidade de vida

experienciada (Heo *et al.*, 2009). Os doentes com IC definem qualidade de vida de acordo com as suas habilidades para desempenho de actividades físicas e sociais, no sentido de responder às necessidades individuais e da sua família; manter-se feliz; assumir o seu papel em grupos a que pertence (Heo *et al.*, 2009). Neste sentido percebemos que um grande número de estudos procura relatar o trabalho realizado pelos enfermeiros, a fim de facilitar a passagem através desta transição de vida, tal como refere Swanson (1991). Procura-se, segundo esta autora, capacitar a pessoa para a tomada de decisão para o autocuidado, com reflexos na autoconfiança e auto realização. Esta tomada de decisão, envolve repetidas vezes a família e aqui falamos de "... membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco... pessoas que são importantes para o cliente ..." (Concelho Internacional de Enfermeiros, 2006) pelo seu suporte nas componentes física e emocional.

Como o processo de transição é único, pelas variáveis pessoais e contextuais, só é passível de compreensão na perspectiva de quem a experiencia. Deste modo, temos como finalidade conhecer o impacto no Autocuidado, face à situação de IC, especificamente a identificação e compreensão dos factores que influenciam o Autocontrolo, da pessoa com IC, face ao processo de Transição saúde-doença. Pretendemos, no trabalho directo com os participantes deste estudo, entender o processo a partir da perspectiva de quem o experienciou, para que esta compreensão, e outras investigações futuras, ajudem os enfermeiros a exercer uma acção profissionalizada, facilitadora da vivência com IC.

Definimos então como questões de investigação para o nosso estudo:

Que factores influenciam o Autocontrolo na pessoa com Insuficiência Cardíaca?

Que competências e intervenções desenvolvem os doentes com IC, face às transições no Autocuidado?

Material e Métodos

Tendo em consideração a finalidade do estudo e as questões de investigação optámos por uma abordagem qualitativa, uma vez que se pretende descrever e analisar as vivências e experiências da pessoa com IC. Esta tomada de decisão foi sustentada no que afirmam

Strauss e Corbin (1998, p. 11) quando referem que o paradigma qualitativo tem como objectivo “realizar investigação acerca da vida das pessoas, experiências de vida, comportamentos, emoções e sentimentos”. Optámos por seguir o método para gerar uma Grounded Theory, uma vez que pretendemos entender uma determinada situação ou processo e o modo como os participantes seleccionados agem nesse contexto. Utilizámos uma amostra seleccionada intencionalmente, pois pretendíamos trabalhar com pessoas que tivessem experienciado determinado processo e aceitassem partilhá-lo (Strauss *et al.*, 1998). Definimos como critérios de inclusão para seleccionar os participantes: 1— pessoas a quem foi diagnosticada IC há mais de 2 anos; 2 — com capacidade cognitiva, para participarem na entrevista e 3 — que aceitassem voluntariamente participar no estudo e permitissem o registo áudio das entrevistas realizadas. Assim, neste trabalho de natureza iterativa, trabalhamos com 5 participantes, respectivamente, três homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 61 e os 89 anos. O tempo de vivência com a situação de IC variou entre os 2 e os 39 anos. Os três homens viviam com a esposa, as mulheres, uma vivia sozinha e outra com a filha. A selecção intencional permitiu-nos, dentro dos critérios de inclusão, trabalhar com pessoas de diferentes idades, géneros, suporte social e tempo de vivência com a doença.

Utilizámos a entrevista semi-estruturada, uma vez que, quisemos explorar e perceber os factores encontrados no desempenho do Autocuidado pela pessoa, servindo-nos de um guia de orientação com tópicos que pretendíamos explorar durante a entrevista. Procurámos no decorrer desta que o participante se sentisse o mais confortável possível e falasse naturalmente nos aspectos propostos. A interpretação e análise dos dados foram realizadas de acordo com a metodologia de análise comparativa constante - Grounded Theory (Strauss *et al.*, 1998). O processo de codificação, numa comparação iterativa de casos e conceitos (Flick, 2005), permitiu-nos segmentá-los, compreendê-los e atribuir-lhes categorias.

Como auxílio na análise dos dados, utilizámos o programa informático Nvivo7 e 8.

Importa deixar claro que não houve saturação teórica das categorias. Trabalhámos com 5 participantes devido ao tempo disponível, sempre centrados no que nos preocupava: ser dada primazia ao domínio

sobre o método. Assim, porque este tipo de processo de análise de dados é, pela sua natureza iterativa, bastante consumidora de tempo, optámos por usar um número reduzido de entrevistas. Estamos conscientes das implicações desta opção nas limitações do estudo.

Considerações éticas

Assegurámos a confidencialidade dos dados ao usá-los de modo a manter o anonimato, com excepção do investigador. Assim, a fonte dos dados foi sempre apresentada de forma codificada, sendo esta apresentada pelo número de entrevista: Ey. Tentámos que os participantes não fossem, em circunstância alguma, prejudicados, observando assim o princípio da não maleficência. Considerámos, também, o princípio da autonomia, conferindo ao participante, depois de devidamente informado e esclarecido, a possibilidade de recusar a participação no estudo, participar ou desistir. Depois da aceitação voluntária para participar no estudo obtivemos, em documento próprio, a declaração de consentimento informado. Foi solicitada autorização à Instituição, onde foi realizado o contacto com os participantes, com o parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar.

Resultados

Duas grandes categorias emergem como explicativas da vivência do processo de transição desencadeado pela insuficiência cardíaca, na percepção da pessoa doente: “O que mudou em mim” englobando as alterações percebidas como significativas na vida e qualidade de vida dos participantes; e “O que faço hoje diferente” constituído por um conjunto de comportamentos, ou abstenção dos mesmos e estratégias adaptativas, face ao impacto da insuficiência cardíaca no dia-a-dia dos mesmos.

No grupo de participantes com quem trabalhamos e tendo em conta o processo de Transição, o agrupamento dos dados de acordo com o paradigma da codificação levou-nos a encerrar as principais alterações encontradas, por cada um dos participantes, numa Categoria que denominámos como “O que mudou em mim”. As mudanças encontradas foram agrupadas em três subcategorias que nos permitiram

perceber qual o impacto da doença na vida de cada um dos participantes, nomeadamente:

Quais foram as “Respostas Corporais” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) ao processo de doença;

Qual o impacto nos “Comportamentos Realizados pelo Próprio” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) e os “Processos psico-sociais” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) envolvidos.

O processo de Transição gerado pelas mudanças pessoais sentidas, face à doença crónica, tende a tornar o doente mais vulnerável para factores que podem afectá-lo directa ou indirectamente.

Face ao impacto encontrámos como estratégias adoptadas para lidar com as transições associadas ao autocuidado - a adaptação progressiva às limitações, gestão da actividade física, selecção das actividades que podem ou não realizar, repouso ou pausa entre as actividades, regime terapêutico medicamentoso associado e gestão de recursos, nomeadamente a família, agrupadas na categoria “O que faço hoje diferente”.

Revisitando as questões de investigação, constatámos que os participantes referem como principal factor facilitador neste processo o apoio que recebem dos familiares; como factores que tendem a dificultar o seu processo de transição saúde-doença encontram-se as doenças associadas, os problemas familiares inerentes ao seu percurso de vida, o impacto diário com as múltiplas limitações ao seu desempenho no autocuidado. Daqui emerge uma terceira categoria, o que facilitou/dificultou o processo experienciado.

Constatámos que a mudança que ocorre a nível individual e familiar - a Transição - deixa perceber que ambos os ciclos de vida são afectados.

Discussão

Este estudo revelou que a situação de doença crónica acrescenta diariamente vulnerabilidade ao sujeito, pelo impacto na vida pessoal, pela necessidade constante de mobilizar recursos materiais ou humanos ou pela dificuldade de adesão ao regime terapêutico. No sentido de tornar mais fácil a discussão dos resultados, fizemos a discussão em quatro subcapítulos. No primeiro procurámos perceber o impacto da doença na vida dos participantes; no segundo os factores que foram facilitadores/dificultadores no processo,

no terceiro situamos o cuidado de enfermagem no processo de transição experienciado e no quarto, e último, a transição: assunção de um passado e de um presente.

1. Impacto da doença na vida dos participantes

Constatámos, na análise dos dados, que os participantes apresentam respostas corporais ao processo de doença: “Intolerância à Actividade” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) “Retenção de líquidos” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) [Falta de] “Apetite” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) e [Alteração do padrão de] “Sono” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Os doentes aprendem, experienciando, o que é viver com os efeitos adversos da doença, tal como referem “*eu não consigo fazer quase nada...*” e “*não consigo fazer um certo número de coisas...*”, E2 e “*então, quero fazer certas coisas e não posso, que eu fazia antigamente sem dificuldade, agora não, se eu pudesse...*” E3. Outros estudos (Jerant *et al.*, 2005; Heo *et al.*, 2009) constataram que muitos doentes se sentem frustrados por não se sentirem capazes de desempenhar actividades que habitualmente faziam e que não sentem prazer em participar em actividades de convívio em grupo porque se sentem demasiado cansados. Enfrentam, quotidianamente, um existir frágil e uma vulnerabilidade assustadora (Mendes, 2007). A verbalização do impacto demonstra uma relação entre o agravamento progressivo da doença, percebido pelo agravamento da intensidade de respostas corporais à insuficiência cardíaca e a incapacidade para a manutenção de tarefas do dia-a-dia “*Vai-se agravando quase que dia-a-dia... se ando 100m já não consigo andar mais*”. Este decréscimo nos domínios físico e social da qualidade de vida em saúde, pode resultar em sentimentos de perda de autonomia e controlo na vida e pode ser uma explicação para o número elevado de casos de ansiedade e depressão em doentes com IC (Park *et al.*, 2006; Johansson *et al.*, 2006).

De um modo objectivo as respostas corporais à doença tiveram repercussões nos comportamentos, sendo o comportamento um “Processo com características específicas: Acção intencional” (Conselho Internacional

de Enfermeiros, 2006), e as actividades executadas pelo próprio, um tipo de comportamento. Quando se preparam para executar tarefas tão rotineiras e necessárias como o andar, os participantes encontram sérias limitações. Percepcionámos que as actividades mais relatadas se prendiam com o “Andar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006), com requisitos universais do Autocuidado e com a capacidade de desempenho (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Constatámos, assim, uma multiplicidade de associações, nomeadamente, o andar, o cansaço e a intolerância ao esforço, tal como referem *“dava um passo parava, dava outro passo parava...”*, *“olhe não posso andar; eu dou um passo não posso andar...”*, *“estava cansado, não podia andar...”* E3. O cansaço aparece, muitas vezes, associado à dificuldade respiratória em actividades

moderadas da vida diária, como fazer a cama ou atravessar a rua.

Constatámos, de um modo constante, que os participantes percepcionam que as limitações nos comportamentos realizados pelo próprio, nomeadamente no andar, influenciam o seu status social, levando em muitas situações ao “Isolamento social” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006). Este Isolamento Social, revela-nos a “Condição da pessoa relativamente a outras...” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006), ou seja, o modo como as pessoas se sentem e são percepcionadas num grupo, família ou comunidade.

Face às alterações encontradas emerge a necessidade de desenvolver estratégias que permitam melhor desempenho no Autocuidado. Estas estratégias estão agrupadas na categoria “O que faço hoje diferente” (Figura 1).

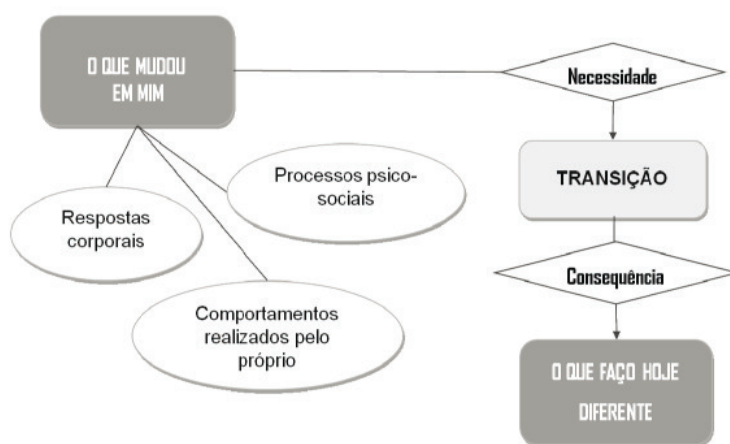


FIGURA 1 – O processo de Transição: Impacto e consequências

Prendem-se com Actividade física, actividade lazer, alimentação, terapêutica diurética, estratégias de redução de edemas, conhecer os sinais de alarme, repouso, terapêutica para dormir, estratégias de sono e repouso, ida frequente ao hospital. Tal como referem *“Para o cansaço tenbo de me poupar... andar devagar... não fazer esforços”*. *“Quando tenbo falta de ar tenbo que parar...”* E3. Face a uma variedade de sintomas, nomeadamente, a falta de ar e o cansaço, uma das estratégias mais encontradas pelos doentes é a redução no nível de actividade física com repercussões significativas nos seus hábitos de vida. Verifica-se, também, a não existência de qualquer estratégia pró-activa, no sentido de manter, ou melhorar, a performance cardíaca, mas pelo contrário, todas as estratégias estão centradas

na redução, ou eliminação, da actividade. A dureza da vivência resulta não daquilo que está a viver mas, mais ainda, do modo como pensa vir a viver face às limitações que encontra. Os silêncios no seu discurso deixam perceber preocupação com o futuro.

2. No processo transição: o que facilita / o que dificulta

Para quem experiencia a doença crónica, nomeadamente a IC, alguns factores podem influenciar todo o processo de transição (Meleis *et al.*, 2000), revelando-se positiva ou negativamente. Podem ser intrínsecas ao participante, ou advindas do contexto comunitário em que se insere (Figura 2).

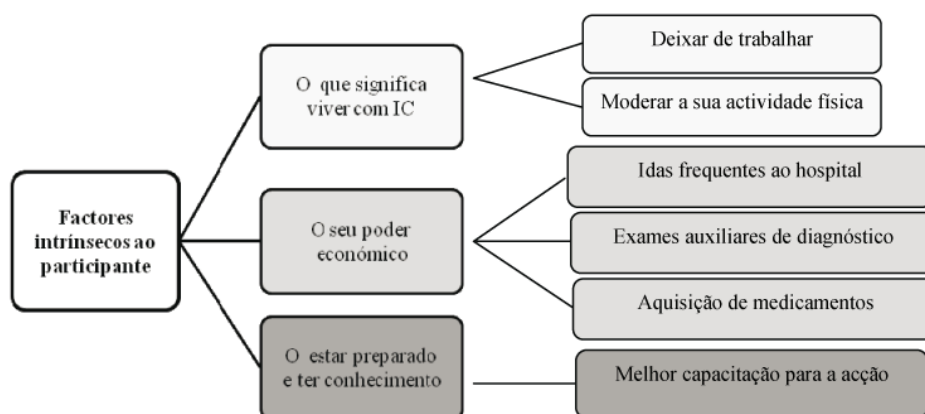


FIGURA 2 - Factores intrínsecos ao participante

Nos factores intrínsecos ao participante é da sua percepção e do que significa para si todo este processo que encontramos o que é relevante: O significado de viver com insuficiência cardíaca, mudanças no status económico e a necessidade de estar preparado e aumentar o seu conhecimento para poder lidar com as novas exigências.

Viver com IC significa, principalmente, o ter que deixar de exercer a sua actividade profissional e fazer mudanças significativas na sua actividade física, tal como referem “...um bocado difícil, porque tive de deixar de trabalhar” E1. As questões económicas estão relacionadas não apenas com o deixar de trabalhar, como também, com os gastos com a sua saúde/doença, principalmente no doente crónico, estes são, muitas vezes, incontroláveis e tendencialmente crescentes (Heo *et al.*, 2009). Os custos prendem-se com o regime terapêutico medicamentoso “os medicamentos... não posso, não tenho dinheiro” E4, com a realização de exames auxiliares de diagnóstico, com os custos das deslocações frequentes ao hospital e no acesso a outros recursos, nomeadamente prestadores de cuidados de saúde e ajuda doméstica. Outra exigência da transição é estar preparado para lidar com as exigências na situação, nomeadamente, com a gestão do regime terapêutico. O conhecimento de que a pessoa dispõe que pode ser revelador de preparação, traduzindo-se numa melhor capacitação para a tomada de decisão (Oguz *et al.*, 2008). A apropriação do conhecimento prende-se com as capacidades e necessidades particulares de cada pessoa. Percebemos, contudo, que em muitas situações a informação transmitida não se transforma em conhecimento que garanta uma actuação eficaz

a todos os condicionalismos (Davidson, 2009). A adequação entre conhecimento e acção resulta numa resposta mais rápida e atempada às suas necessidades, tal como refere E2 “Por isso é que eu vim logo cá. Vim ao médico porque eu senti que estava cansado, não podia andar, então vim para o hospital”. Este conhecimento, segundo Meleis, quando antecipado pode ser coadjuvante no sentido de preparação do doente para o que poderá acontecer e resulta de uma acção conjugada e disciplinada de todos os envolvidos, doente, família e prestadores de cuidados de saúde (Meleis *et al.*, 2000). Face ao referido, muito tem que ser feito pelos enfermeiros, no sentido de encontrar novas ou reformuladas estratégias que resultem em mais e melhor aquisição de conhecimento e que este seja visível nas suas actividades de autocuidado, com reflexo no seu processo de Transição saúde-doença. O doente assume nesta preparação um papel central, uma vez que, é a da sua percepção e vivência que se desenvolve a acção. A componente subjectiva, nomeadamente a percepção do doente relativamente aos acontecimentos, pode ser preditiva de uma transição com sucesso, relativamente à componente objectiva (Jacob *et al.*, 2008). Percebemos portanto, nestes participantes, baixos níveis de conhecimento tanto quanto ao processo patológico, como quanto à gestão do regime terapêutico. Este centra-se, quase exclusivamente, na administração de medicação, de acordo com a prescrição e redução do nível de actividade.

Relativamente aos recursos da comunidade percebemos que o suporte familiar é referido como facilitador por todos os participantes. Este suporte surge com uma frequência regular, dependendo das

necessidades dos participantes, sendo assumido como facilitador no processo de transição saúde-

doença que estão a experienciar, bem como noutros processos em que estão envolvidos (Figura 3).

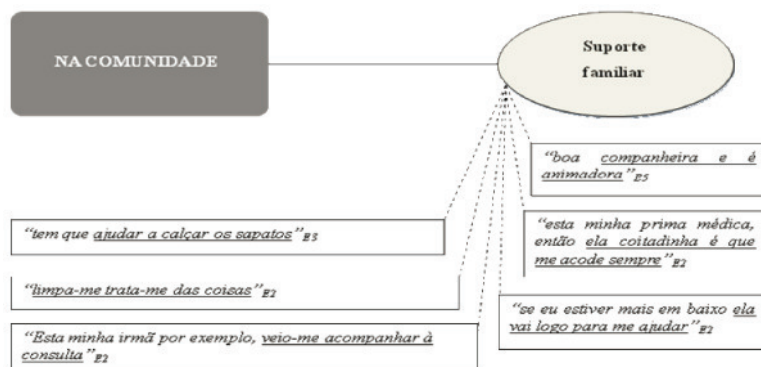


FIGURA 3 – O suporte familiar

É comum os participantes construírem, com os seus familiares/prestadores de cuidados (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006), uma relação de confiança e proximidade, no entanto, e de um modo cuidado, devem ser despistadas situações em que os familiares tendem a culpar o doente pela crescente incapacidade e dependência, não compreendendo a situação de doença e os constrangimentos que daí resultam, ou pelas estratégias de substituição aumentarem o nível de dependência.

3. Situar o cuidado de enfermagem no processo de transição

Elencando a enfermagem como uma ciência que se dedica ao cuidado humano e se centra na essência

das experiências e respostas humanas, Meleis e colaboradores contextualizam dizendo que os enfermeiros podem influenciar os processos de Transição se a sua intervenção for centralizada na pessoa e nas suas reais necessidades (Meleis *et al.*, 2000).

Da análise dos dados ficámos com a percepção de que estes participantes encontram conforto, principalmente, pela forma, simpatia e optimismo transmitido. Acreditamos que a forma simpática e optimista são potenciadoras da relação de cuidados, mas por si só não basta, importa também o conteúdo da mesma que, no limite, consubstancie o desempenho no autocuidado. Percebemos que ao gerar conhecimento para a acção conseguimos, para além de promover a adesão, possibilitar a gestão de cuidados (Figura 4).



FIGURA 4 – Situar o cuidado de enfermagem no processo de Transição

Importará, para tal, conhecer a perspectiva singular de cada pessoa e “a valorização do conhecimento

das pessoas relativamente aos fenómenos que as afectam, os processos terapêuticos a que não aderem,

as doenças diagnosticadas que não valorizam, os riscos de saúde que não provocam mudanças de comportamento...” (Paiva, 2004, p. 55).

4. A transição: Assunção de um passado e de um presente

Reportando-nos ao relato dos participantes percebemos que, para além de evidenciarmos as transições que emergiram, importa salientar o carácter plural de transições que alguns experienciam ou experienciaram. Passamos, então, a centrar-nos num Paradigma de transições que constituem a vivência de cada pessoa. Percebemos que “O modelo de Transição inclui simultaneamente a experiência do cliente numa única Transição ou em múltiplas transições” (Meleis *et al.*, 2000). “O nosso foco de atenção segundo Meleis e colaboradores (2000) deve incidir principalmente: nas transições múltiplas que são tanto sequenciais como em simultâneo, para a extensão das transições e para a natureza da relação entre os diferentes eventos”. Percebemos que o modo como cada participante convive e passa pelos acontecimentos tende a influenciar directamente todo o processo, nomeadamente: o modo como se envolve na procura de informação e em encontrar novas ou renovadas estratégias, no sentido do autocontrolo. O tempo de experiência dos participantes face a este contexto, permitiu-nos perceber a procura de habituação em relação a alguns factores e a procura de equilíbrio. Constatámos, simultaneamente, que etapas de menor vulnerabilidade e maior conforto, se transformam rapidamente em desconexão, fluxo e mudança (Meleis *et al.*, 2000) e assim sucessivamente. Entre os nossos participantes percebemos que a vulnerabilidade se prende, particularmente, com as limitações no Autocuidado, resultante da situação de IC. Acresce a esta situação, outros factos importantes que se revelam processos de transição sequenciais e/ou simultâneo (Meleis *et al.*, 2000), nomeadamente outras doenças crónicas e morte de familiares, que condicionam toda a experiência de Transição saúde-doença. Nenhum dos eventos, experiências e respostas se torna um facto isolado (Meleis *et al.*, 1994). Os participantes experienciam, frequentemente, estádios de grande instabilidade emocional. Constatámos que é no “conhecer” da experiência do sujeito que radica o nosso agir no sentido de “Estar com; Fazer por; Possibilitar e Manter a crença” (Swanson,

1991). Implica um trabalho com as pessoas no sentido da “Aprendizagem de capacidades” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006), ainda que, primárias que lhe permitam “Autocontrolo” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) e uma gestão de sinais e sintomas, das diferentes componentes do regime terapêutico e das emoções, que se torne facilitadora da transição e permita uma melhor qualidade de vida.

Os participantes revelam um crescimento sustentado ao nível da gestão de recursos disponíveis que, tal como percebemos, remetem para um membro da família. O plano de intervenção deve contemplar sempre ambos o doente e a família. Reforçam que esta acção conjunta é fundamental nos períodos após hospitalização em que a necessidade de estabilização física e emocional é fundamental, no sentido de evitar uma futura hospitalização.

Resultado das estratégias empreendidas e crescimento relativamente ao factor de impacto e às suas consequências, as pessoas revelam mais confiança relativamente ao que lhes reserva a sua condição de doente. Esta confiança e a sua manutenção dependerá de um crescimento suportado, no entendimento de tudo o que a envolve e da sua efectiva participação no processo (Figura 5).

De um modo constante fomos percebendo que os pequenos êxitos alcançados pelos participantes, movimentam um sentido de controlo na acção que, ciclicamente, promovem a sua confiança e reduzem a propensão para emoções negativas.

Percebemos, assim, que o seu bem-estar é volátil. Os participantes são, desta forma, portadores de um passado e de um presente, em que o passado foi voluntariamente construído e o presente tende a ser forçadamente adquirido. Implica, possibilitar aos doentes/famílias e comunidades, o assumir a iniciativa e responsabilidade e envolverem-se realmente na construção do seu processo de vida, com o objectivo de conseguirem melhor qualidade de vida e bem-estar (Orem, 1995).

O modo como cada pessoa encontra, ou reencontra, o seu bem-estar emocional, o seu bem-estar nas relações que estabelece nos contextos em que se insere e o nível de mestria conseguido que lhe permite viver face a determinada situação, revelam o resultado no processo de transição. No domínio do autocuidado deseja-se que a pessoa consiga a manutenção (adesão ao tratamento) e a gestão (tomada de decisão) (Figura 6).

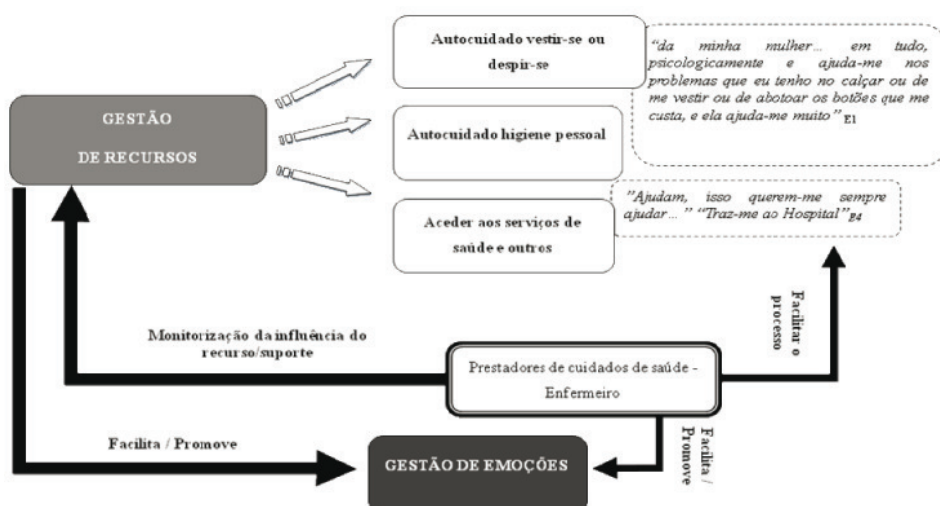


FIGURA 5 – Gestão de recursos, Gestão de emoções

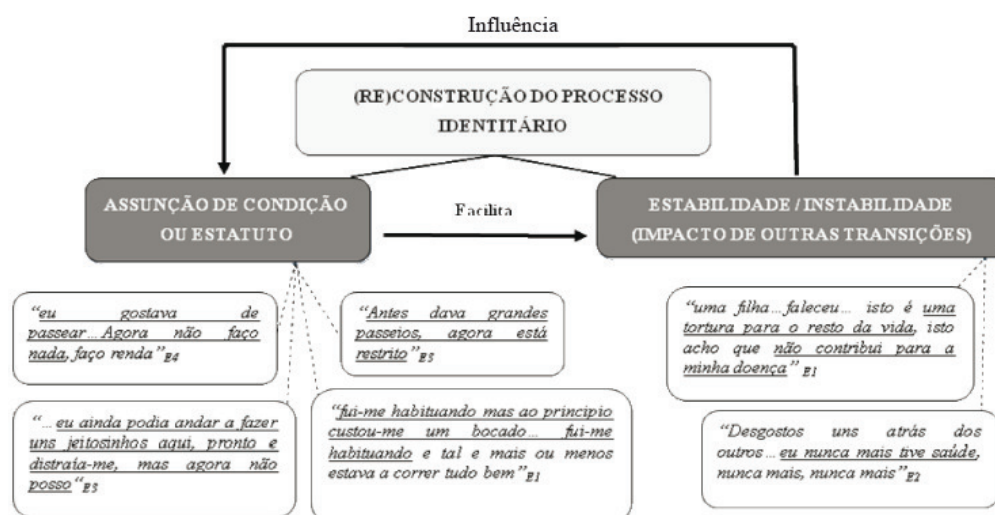


FIGURA 6 – Reconstrução do processo identitário

Um processo activo e cognitivo no qual a pessoa intervém no sentido de manter a sua saúde ou gerir a sua situação de doença. TRANSIÇÃO, é assim, a assunção de uma nova identidade, reformulada, assente na identidade anterior.

Conclusão

De um modo objectivo, elencamos as principais conclusões da investigação realizada e lançamos pistas para novos projectos de investigação.

Os participantes apresentam baixo nível de preparação e conhecimento para lidarem com as dificuldades

impostas pela condição de doença; Resignam-se à diminuição progressiva das suas capacidades, sem desenvolverem uma atitude pró-activa, no sentido de manter ou melhorar as suas capacidades; Dependem dos profissionais para o controlo de sinais e sintomas (Respostas corporais) e, por isso, sobreutilizam o sistema de saúde; vivem situações de dependência progressiva dos familiares que, sendo o maior suporte de que dispõem, tendem a substituí-los nas actividades de autocuidado. É percebida pelo relato dos participantes, uma boa interacção com os enfermeiros, cujo papel de suporte, através da simpatia e optimismo transmitido, relevam; mas, estão quase ausentes dos relatos as intervenções

dirigidas à preparação que facilitem a gestão do regime terapêutico e promovam o autocontrolo.

Parece-nos importante a realização de estudos que possibilitem uma compreensão e monitorização do trabalho realizado pelos enfermeiros, com estes doentes, no domínio do autocuidado e especificamente da gestão do regime terapêutico. Consideramos que a qualidade dos cuidados e a satisfação das pessoas estão directamente relacionadas com o processo de tomada de decisão, numa prática de enfermagem que se pretende, baseada na evidência científica produzida.

Referências Bibliográficas

CEIA, Fátima [et al.] (2004) - Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 23, p. 15-22.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2006) – CIPE Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

DAVIDSON, Judy (2009) - Famil-centered care. Meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. Vol. 29, nº 3, p. 28-34.

DICKSON, Victoria [et al.] (2008) - Work-heart balance. The influence of biobehavioral variables on self-care among employees with heart-failure. *Continuing Education*. Vol. 56, nº 2, p. 63-73.

FLICK, Uwe (2005) - *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa : Monitor.

HEO, Seongkum [et al.] (2009) - Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung*. Vol. 38, nº 2, p. 100-108.

JACOB, Lolita ; POLETICK, Eileen - (2008) - Systematic review: predictors of successful transition to community-based care for adults with chronic care needs. *Care Management Journal*. Vol. 9, nº 4, p. 154-165.

JERANT, Anthony ; VON FRIEDERICHS-FITZWATER, Marlene ; MOORE, Monique (2005) – Patients perceived barriers to active

self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counselling*. Vol. 57, nº 3, p. 300-307.

JOHANSSON, Peter ; DAHLSTRÖM, Ulf ; BROSTRÖM, Anders - (2006) - Factors and interventions influencing health – related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *European Journal Cardiovascular Nursing*. Vol. 5, nº 1, p. 5-15.

MELEIS, Afaf ; TRANGENSTEIN, Patrícia (1994) - Facilitating transition: redefinition of nursing mission. *Nursing Outlook*. Vol. 42, nº 6, p. 255-259.

MELEIS, Afaf [et al.] (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nurse Science*. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.

MENDES, Anabela P. (2007) - O respeito e a solicitude. *Revista Portuguesa de Bioética*. Ano 28, nº 2, p. 207-217.

OGUZ, Sıdıka ; ENÇ, Nancy (2008) - Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation- International Council of Nurses*. Vol. 55, nº 4, p. 462-467.

OREM, Dorothea (1995) - *Nursing concepts of practice*. 5ª ed. St. Louis : Mosby Year Book.

PAIVA, Abel (2004) - O papel do enfermeiro. In NEVES, Maria P. ; PACHECO, Susana - *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra : Gráfica de Coimbra. p. 51-61.

PARK, Crystal [et al.] (2006) - Social support, appraisals, and coping as predictors of depression in congestive heart failure patients. *Psychology and Health*. Vol. 21, nº 6, p. 773-789.

STRAUSS, Anselm ; CORBIN, Juliet (1998) - *Basics of qualitative research- techniques and procedures for developing grounded theory*. California : SAGE Publications.

STRÖMBERG, Anna (2006) - Patient-related factors of compliance in heart failure: some new insights an old problem. *European Heart Journal*. Vol. 27, nº 4, p. 379-381.

SWANSON, Kristen (1991) - Empirical development of a middle range theory of care. *Nursing Research*. Vol. 40, nº 3, p. 161-166.

WHILE, Alison ; KIEK, Fiona (2009) - Chronic heart failure: promoting quality of life. *British Journal of Community Nursing*. Vol. 14, nº 2, p. 54-59.