



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Pötter Garcia, Raquel; Denardin Budó, Maria de Lourdes; da Costa Viegas, Aline; Habekost Cardoso, Daniela; Schwartz, Eda; Manfrin Muniz, Rosani

ESTRUTURA E VÍNCULOS DE UMA FAMÍLIA APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Revista CUIDARTE, vol. 6, núm. 1, 2015, pp. 991-998

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359538018016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

ESTRUTURA E VÍNCULOS DE UMA FAMÍLIA APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

ESTRUCTURA Y VÍNCULOS DE UNA FAMILIA DESPUÉS DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

STRUCTURE AND LINKAGES OF A FAMILY AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Raquel Pötter Garcia¹, Maria de Lourdes Denardin Budó², Aline da Costa Viegas³,
Daniela Habekost Cardoso⁴, Eda Schwartz⁵, Rosani Manfrin Muniz⁶

Histórico

Recibido:

14 de Outubro de 2014

Aceptado:

14 de Diciembre de 2014

1 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. E-mail: raquelpottergarcia@gmail.com

Telefone: (53) 99530700

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.

5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO

Introdução: Conhecer os vínculos e a estrutura de uma família após episódio de Infarto Agudo do Miocárdio. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa e exploratória que representa um estudo de caso desenvolvido com uma das famílias participantes. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012, por meio de observação no domicílio e entrevista com construção do genograma e ecomapa. A intensidade dos vínculos foi definida pela família conforme legenda do ecomapa. **Resultados e Discussão:** Trata-se de uma família que se encontra no estágio de saída dos filhos de casa, cujo pai apresentou infarto. Evidenciaram-se doenças familiares como hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II. Detectou-se vínculos fortes com os familiares, filhos e vizinha; fracos com o ambulatório de cardiologia e conflituosos com vizinhos. **Conclusões:** Foi possível conhecer a estrutura e os vínculos de uma família, após um de seus integrantes ter vivenciado o infarto agudo do miocárdio. Dessa maneira, acredita-se que este trabalho pode fornecer subsídios e reflexões para a prática de profissionais que atuam com famílias que vivenciam o infarto em seu contexto.

Palavras chave: Família, Relações Familiares, Infarto do Miocárdio, Enfermagem. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.142>

RESUMEN

Introducción: Conocer los vínculos y la estructura de una familia después del episodio de infarto agudo de miocardio. **Materiales y Métodos:** Investigación cualitativa, exploratoria que representa un estudio de caso desarrollado con una de las familias participantes. La recolección de datos ocurrió en el período de febrero a mayo de 2012 con observación en el domicilio, entrevista semi-estructurada y construcción del genograma y ecomapa. La intensidad de los vínculos fue reportada por la familia según la leyenda del ecomapa. **Resultados y Discusión:** Se trata de una familia que se encuentra en el momento de salida de los hijos de casa, con el padre que presentó infarto. Se evidenció molestias familiares como hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Fueron detectados vínculos fuertes con los familiares, hijos y vecina; y vínculos débiles con el ambulatorio de cardiología y vínculos conflictivos con vecinos. **Conclusiones:** Fue posible conocer la estructura y vínculos de una familia después que uno de sus miembros han experimentado el infarto agudo de miocardio. Por lo tanto, este trabajo puede ofrecer reflexiones para la práctica de profesionales que actúan con familias que experimentaron el infarto en su contexto.

Palabras clave: Familia, Relaciones Familiares, Infarto del Miocardio, Enfermería. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.142>

ABSTRACT

Introduction: To know the ties and the constitution of a family after an incident of Acute Myocardial Infarction. **Materials and Methods:** Exploratory qualitative research that represents a case study developed with one of the participating families. Data collection occurred in the period of February to May of 2012 through the observation in the home, semi-structure interview and genogram and ecomap's framings. **Results and Discussion:** It is a family which in the stage of movement of their children, which father had an infarction. It was evidenced family diseases like arterial hypertension and diabetes mellitus II. Detected strong links with relatives, children and neighborhood; weak with the cardiology clinic and a conflicting link with neighbors. **Conclusions:** It was possible to know the structure and ties of a family, after one of its members have experienced the acute myocardial infarction. It is believed that this work can provide subsidies and reflections to the professional practice, which work with families that live the infarction in its context.

Key words: Family, Family Relations, Myocardial Infarction, Nursing. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.142>

Cómo citar este artículo: Garcia R, Budó ML, Viegas A, Cardoso D, Schwartz E, Muniz R. Estrutura e vínculos de uma família após infarto agudo do miocárdio. Rev Cuid. 2015; 6(1): 991-8. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.142>

© 2015 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são consideradas a principal causa de mortalidade no mundo, ocasionando 63% dos óbitos, sendo que a maioria se relaciona às doenças cardiovasculares, seguidas do câncer, diabetes e doenças respiratórias (1).

Na população brasileira, a Organização Mundial da Saúde estimou que no ano de 2011, as DCNT foram responsáveis por 74% de todas as mortes. Dentre estas, as doenças cardiovasculares, representaram 33% dos óbitos (2). Fatores de risco modificáveis, como uso do tabaco, consumo abusivo de bebida alcoólica, sedentarismo e alimentação inadequada, são as principais causas destas doenças (1).

Em meio ao contexto das doenças cardiovasculares, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o qual ocasiona à pessoa e sua família experiências singulares, como a possibilidade de morte, internação hospitalar em terapia intensiva, dentre outras (3). Assim, a vivência do IAM é permeada pela individualidade, variando de pessoa para pessoa, de acordo com o sexo, aspectos socioculturais, estado de saúde, ambiente e perspectiva de vida (4).

Além do mais, esta doença faz com que ocorram modificações na vida, em busca de uma melhor condição, a partir de mudanças nos hábitos diários. Deste modo, são necessárias estratégias para enfrentar a nova situação (5), movimentando vários suportes, sobretudo, aqueles advindos da família.

Os familiares caracterizam-se como um apoio benéfico, pois auxiliam a pessoa doente, oferecendo solidariedade e compartilhando os momentos difíceis (6). Devido à isso, em muitos casos, a doença do coração ocasiona também alterações na estrutura familiar, provocando desordens emocionais, relacionadas ao temor da morte, invalidez, solidão, entre outras (3).

Para atenuar essas dificuldades, os vínculos externos à família também contribuem para o cuidado (7). Assim, conhecer a estrutura da família da pessoa pós IAM, por meio do genograma, e também sua interação com a rede social através do ecomapa pode ser um caminho que possibilite a identificação de subsídios para o trabalho com as famílias. Ainda, o desenho dos diagramas auxilia na avaliação e planejamento de estratégias conjuntas que colaborem para fortalecer as forças da família no enfrentamento de seus problemas.

O genograma e o ecomapa permitem visualizar cada família em sua multidimensionalidade (8), atentando para

questões que permeiam seu contexto e facilitando a elaboração de práticas coerentes com a realidade. Ainda, experiências com a utilização desses instrumentos precisam ser cada vez mais divulgadas, já que na prática assistencial são pouco utilizados e podem se tornar ferramentas importantes para conhecer as famílias e facilitar a elaboração do plano de cuidados. No presente estudo será adotado o conceito de família, o qual discorre que essa pode ultrapassar laços de consanguinidade, adoção ou matrimônio, sendo composta pelos relacionamentos significativos dos seus integrantes (9).

Diante deste cenário, e por meio da questão norteadora “Quais os vínculos e a estrutura de uma família após episódio de IAM?”, objetivou-se conhecer os vínculos e a estrutura de uma família após episódio de IAM.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa e exploratória intitulada “Cuidado familiar após infarto agudo do miocárdio” que foi realizada com seis famílias de pacientes pós IAM. Entretanto, neste artigo, serão trabalhados os dados de uma família, a qual por meio da construção do ecomapa e genograma apresentou uma situação ímpar (problemas cardiovasculares em muitas pessoas da família) que motivou um olhar mais aprofundado, acreditando que seu detalhamento pode contribuir na assistência as famílias nessa situação de adoecimento.

Diante disso, esse artigo é um estudo de caso dessa família, o qual caracteriza-se por ser a unidade mais significativa do todo, permitindo elaborar um relatório analítico de uma experiência específica (10).

Para acessar as famílias que fizeram parte da pesquisa foram analisados inicialmente os prontuários dos pacientes pós IAM de um Ambulatório de Cardiologia (AC) localizado em um hospital da região sul do Brasil, e selecionados aqueles que se adequassem aos critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão da família para participação no estudo, essa deveria ter um de seus integrantes com diagnóstico médico de IAM pregresso por aterosclerose, no período mínimo de seis meses e máximo de 24 meses, e esse ainda estar em acompanhamento médico no AC. Além disso, foram incluídos os familiares indicados pelo paciente, no momento da conversa informal no AC, ou convidados por ele na primeira visita do pesquisador no domicílio. Delimitou-se como exclusão, os familiares que não apresentassem condições de se comunicar verbalmente, sendo esta avaliação realizada pelo pesquisador.

Destaca-se que para configurar a representação da família estudada foi necessária a presença de pelo menos duas pessoas, sendo que uma delas poderia ser quem teve o infarto. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2012 e realizou-se por meio de observação no AC e domicílio, bem como entrevista com perguntas circulares com a família.

As entrevistas foram compostas por três momentos, sendo que o primeiro foi a construção do genograma; posteriormente, foram realizados questionamentos seguindo o roteiro de entrevista com questões abertas, e, por fim, elaborou-se o ecomapa. Registraram-se as entrevistas em um gravador digital com o consentimento prévio dos participantes. Essas foram transcritas e salvas em arquivo *Word* para a análise dos dados. O diário de campo também foi registrado e arquivado em documento *Word*, sendo realizado logo após a observação no domicílio, servindo para o registro das percepções do pesquisador.

O genograma é considerado uma maneira fácil de fornecer informações ao enfermeiro/pesquisador. Assim, o genograma tem a finalidade de obter uma visão geral da família com dados relevantes sobre os relacionamentos ao longo do tempo, e também pode incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações, entre outros. Enquanto, o ecomapa da família contém dados do atual funcionamento familiar, representando os relacionamentos dos integrantes com os sistemas mais amplos, retratando os vínculos importantes entre a família e o mundo, e demonstrando ainda o fluxo ou a falta de recursos e as privações da família. Ambos permitem uma avaliação estrutural da família, porém o genograma de maneira in-

terna e o ecomapa externa (9).

Para a análise dos dados desse artigo foram consideradas as informações do diário de campo e do genograma e ecomapa, atentando para as questões estruturais e os vínculos da família em estudo, conforme preconizado por Wright e Leahey (9).

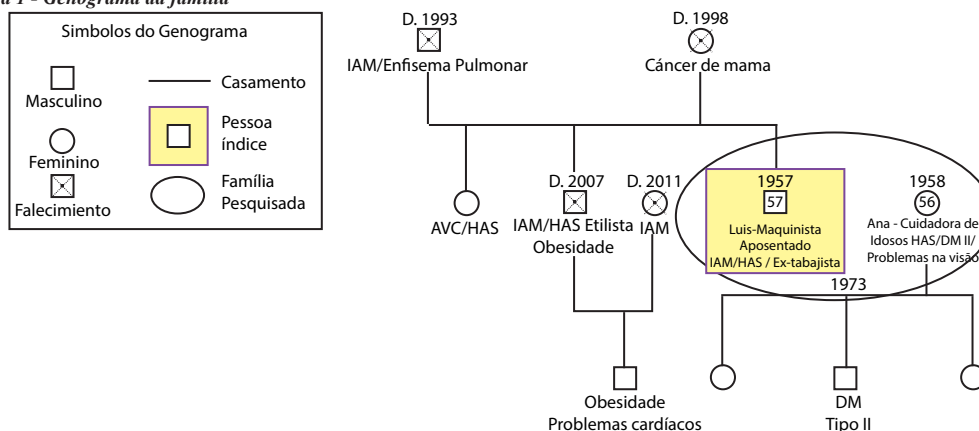
Os participantes que aceitaram participar foram inteirados da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato dos entrevistados foi preservado por meio da adoção de nomes fictícios determinados pelo pesquisador. Para identificar a família como grupo, utilizou-se a letra F, que significa família e números subsequentes que identificam a ordem em que a coleta dos dados foi realizada.

A pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 (11), atendeu aos trâmites necessários para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e obteve parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob nº 0372.0.243.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentados os dados referentes a questões detectadas por meio do genograma da família, bem como a descrição de percepções que foram anotadas no diário de campo. Posteriormente será exposto o ecomapa da família, o qual colaborou para a melhor compreensão dos vínculos dos integrantes com unidades internas e externas ao núcleo familiar.

Figura 1 - Genograma da família



Fonte: Dados da pesquisa, maio de 2012.

O genograma possibilitou o desenvolvimento de uma avaliação estrutural interna, facilitando visualizar quem pertence à família e sua composição por meio do esboço de três gerações. Percebeu-se que na medida em que a construção do genograma era realizado, mais a família

sentia necessidade de inserir outros integrantes, sendo a sua maioria aqueles que tinham relação de doenças com o IAM. Diante disso, pode ser visualizado o envolvimento familiar para a construção do diagrama, possivelmente por ser algo pessoal e que retrata sua história.

A entrevista com esta família ocorreu no seu domicílio e participaram Luis, de 57 anos, quem havia tido o IAM há dez meses, e sua esposa, Ana de 56 anos. Luis era maquinista aposentado e Ana trabalhava como cuidadora de uma idosa para auxiliar na renda da família. Eles eram casados há 39 anos e tiveram duas filhas e um filho, os quais eram casados e não residiam com eles, porém uma das filhas havia saído a pouco tempo de casa. Luis e Ana tinham nove netos e uma bisneta. Quando nasceu sua primeira filha, Ana tinha 14 anos e Luis, 15, fato que justifica terem sido avós pela primeira vez jovens, pois sua filha mais velha teve sua primeira filha com 21 anos. Além disso, Luis é filho caçula de uma família de três irmãos.

Diante desses apontamentos pode-se afirmar que essa família recentemente havia vivenciado o estágio de encaminhamento e saída dos filhos de casa, ou seja, período em que ocorre um realinhamento do sistema familiar para incluir netos, bisnetos e também negociações entre o casal para reorganizar a díade (9). Esse momento se caracteriza, muitas vezes, por ser difícil, já que são necessárias (re) adaptações e o desenvolvimento de uma nova forma de viver como casal. Assim, percebeu-se uma (co) dependência entre o casal, refletindo, de certo modo, a etapa da vida pela qual estavam passando. Para elucidar esse contexto, destaca-se a descrição a seguir:

Quando se chegou ao domicílio, Luis estava sozinho, como ocorre todos os dias. Sua esposa que estava trabalhando chegou alguns minutos depois. Enquanto a aguardava, Luis pareceu inquieto e com certa insegurança para dialogar. Ele chegou até mesmo a telefonar para sua esposa para saber se ela estava perto de casa (Fragmento do diário de campo, 13/05/2012).

O fragmento do diário de campo revela a condição de estar sozinho, vivenciada por Luis cotidianamente, já que sua esposa precisava trabalhar para colaborar nas despesas financeiras. Aliado a isso, os filhos não estavam mais próximos, e Luis ainda teve o IAM, que devido as exigências que a própria doença impôs, dificultava a realização de suas atividades normais, ficando solitário e com o possível estabelecimento de uma relação de “dependência” para com Ana, visualizada pela sua inquietude frente à ausência da esposa.

Essas questões, além de refletirem um momento do ciclo de vida de um casal, também podem estar associadas à mudança na rotina do doente. Dessa forma, a ocorrência do IAM, pode ocasionar na pessoa e família medo, insegurança, sofrimento, entre outros sentimentos.

Adoecer do coração, na maioria das vezes, desencadeia sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão como, também, depressão e angústia (3).

Apesar disso, durante a observação da família, visualizou-se que as fragilidades desses momentos transformaram-se em situações que potencializavam algumas qualidades do casal. Dentre elas, destaca-se a cumplicidade entre ambos, predominando uma relação próxima, sobretudo, pelos filhos residirem longe e, portanto não comparecerem com frequência.

Esses achados indicam que os profissionais de saúde devem ser sensíveis à dinâmica de relacionamento dos casais, a fim de ofertar apoio coerente com suas peculiaridades para manter o adequado funcionamento das famílias (12). Ainda, destaca-se que o fato dos filhos saírem de casa e deixarem de participar ativamente da vida dos pais parece ter estimulado o fortalecimento do vínculo entre o casal, no intuito de suprir o apoio que ambos necessitavam, principalmente no caso do surgimento do IAM. Um estudo (13) demonstrou também essa associação da presença do infarto com as transformações na relação conjugal, destacando o fortalecimento da união e valorização do cônjuge, devido à possibilidade da morte.

Além de questões relacionais visualizadas na família, foi possível também conhecer algumas funções dos integrantes no ambiente domiciliar após o IAM. Nesse contexto, como Luis ficava grande parte do dia sozinho, assumia algumas atividades domiciliares, colaborando para a manutenção da casa. Ressalta-se que embora ele já fosse aposentado, essa situação se tornou mais presente a partir da ocorrência do IAM, evento que exigiu repouso e afastamento da maioria das atividades cotidianas, conforme o próprio participante referiu.

A rotina de antes já não é mais a mesma entende? As coisas que eu fazia antes agora eu procuro não fazer (sair sozinho, dirigir) Até fazer posso fazer [...] ajudar na casa assim, por exemplo (Luis-F5).

Após o IAM, em alguns casais, as funções podem ser consideravelmente afetadas. Os homens, nesses casos, podem passar a desenvolver atividades que não realizavam antes da doença, como, por exemplo, limpeza da casa, auxílio no preparo da alimentação, dentre outras. Esse fato também colabora para promover o estreitamento dos laços entre o casal, já que o homem permanece mais envolvido com o lar e o trabalho doméstico, estabelecendo novos papéis na família devido as exigências de um evento como o infarto (13).

O genograma demonstrou também que a hereditariedade para doenças cardiovasculares na família de Luis era provavelmente acentuada, pois seu pai que era tabagista faleceu por IAM e, além disso, um de seus irmãos, que era alcoolista, tinha Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e obesidade e também foi a óbito pelo mesmo problema, ou seja, por IAM. Seu sobrinho, de 41 anos apresentava obesidade e problemas cardiovasculares. Além disso, Luis era ex-tabagista e tinha HAS. Sua esposa, Ana, além de HAS, tinha Diabetes Mellitus (DM) tipo II e o seu filho do meio também.

A prevalência de tabagismo, hipertensão, dislipidemias e história familiar são condições associadas a alto risco cardiovascular. Acredita-se que essas condições, na população de pessoas que tiveram IAM, ressaltam a importância do investimento em ações para controlar, prevenir e implementar adequados recursos terapêuticos para este grupo (14).

Por outro lado, percebe-se que, embora, existia o potencial fator hereditário para a ocorrência de alguns problemas cardiovasculares nessa família, pode-se afirmar que os hábitos de vida também interferiam nessa situação. A HAS e o DM II são condições crônicas que normalmente resultam de práticas realizadas durante a vida e podem ser evitadas se houver uma vigilância constante e reconhecimento para o seu cuidado.

As práticas de vida fazem parte de uma construção histórica das pessoas, sobretudo a partir de influências do saber popular e do contexto familiar, desde a infância. Assim, os hábitos de vida, como os alimentares, desenvolvidos pelas pessoas não refletem simplesmente sua função nutricional, mas também uma ação que foi estabelecida pelas pessoas de acordo com o contexto em que vive. Esse fato justifica, de certa forma, a dificuldade de alterá-los (15), mesmo que se tenha o conhecimento sobre determinados malefícios para as doenças cardiovasculares.

Deste modo, por meio da fala de Luis, destacam-se implicitamente associações entre a exposição a fatores de risco modificáveis e a presença do IAM.

Alimentação a gente era meio exagerado, carne a gente comia muita carne, até gordura assim [...] a gente era muito surdo nessa parte [...] aí depois que deu esse problema em mim, a gente teve orientação [...] não pode comer sal (Luis-F5).

A partir deste conhecimento, acredita-se que há possibilidade da implementação de estratégias pelos profissionais

da saúde, com o intuito de transformar os hábitos de vida desta e de outras famílias nesta condição, visando à promoção de saúde e prevenção de agravos.

No entanto, para que isso ocorra, é preciso que as condutas de vida envolvam adequações nas práticas de saúde da família de maneira integral, levando-se em consideração que os arranjos necessários são produzidos e efetivados nesse contexto. Com a inserção de todos integrantes da família nas práticas de cuidado, poderão ser melhor construídas alternativas que tenham continuidade e permanência na vida dos sujeitos (15). Essa situação pode ser observada nessa família, pois quando questionados se compartilhavam das mesmas refeições Luis logo relatou:

Sim, ela [esposa] também não pode comer sal, foi até uma facilidade para nós [...] Em casa nem faço mais nada dessas coisas [doces], porque se tu tem, tu come (Luis-F5).

A adequação de hábitos mais saudáveis torna-se benefício para todos integrantes da família, fato que, inicialmente pode demandar dificuldades, porém com o passar do tempo essas são revertidas em adaptações que buscam melhorar a qualidade de vida de forma geral.

Ainda falando dos hábitos de vida, outro aspecto encontrado no decorrer da entrevista com essa família, foi a surpresa dos participantes quanto aos agravantes delineados no seu genograma, fato que, de certo modo, concretiza esse instrumento como facilitador didático da percepção de eventos familiares, no caso a exposição da doença cardiovascular e seus agravantes. Mesmo a família sabendo de sua condição relacionada aos problemas do coração, o genograma apresentou-se como uma ferramenta relevante para auxiliar na visualização dessas questões.

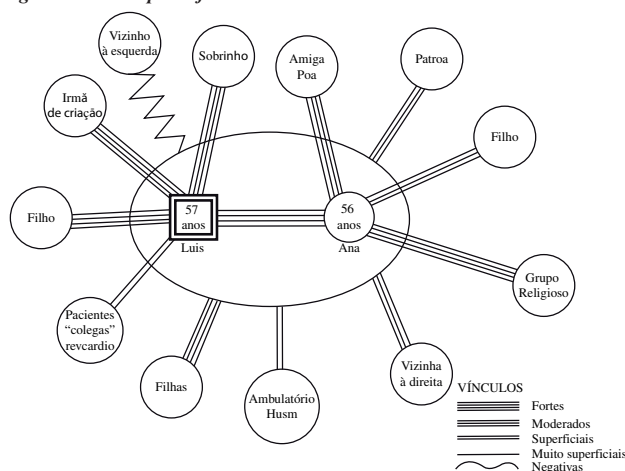
Assim, os serviços de saúde podem instituir a construção dos diagramas com as famílias, pois além de ofertar informações aos profissionais de saúde, também pode colaborar para que seus integrantes consigam visualizar os seus problemas mais comuns e assim reflitam acerca do processo saúde/doença/cuidado, seus hábitos de vida e atitudes frente às suas condições.

A utilização dessas ferramentas favorece o levantamento de características, muitas vezes, essenciais das famílias, que permitem aprofundar suas demandas, ressaltando portanto a necessidade de incluir a sua construção para o cuidado prestado ser amparado na realidade da família (16).

Além disso, essa construção compartilhada de troca de informações facilita que a família fale com mais facilidade de seu processo de viver, tornando mais claros aspectos do seu contexto (6), conforme visualizado nesse estudo. A utilização dessa abordagem pelo enfermeiro pode revelar a complexidade das famílias (17), sendo, portanto relevante para o levantamento de dados e posterior intervenção efetiva.

O ecomapa também se apresenta como um diagrama importante para o conhecimento da família, especialmente dos seus vínculos e apoio, o que pode ser observado a seguir:

Figura 2 - Ecomapa da família



Fonte: Dados da pesquisa, maio de 2012.

O ecomapa corresponde a um desenho atual da família, destacando seus vínculos e permitindo uma avaliação estrutural externa. A intensidade dos vínculos depende das interações entre as pessoas. Assim, quando houve a realização da entrevista, essa família apresentava majoritariamente vínculos fortes e com uma diversidade de pessoas e instituições dos quais Luis e Ana recebiam apoio. Como vínculo forte, que ofertava apoio para ambos, Luis e Ana salientaram as filhas. Quanto ao filho relataram que Ana apresenta um vínculo mais forte do que Luis.

Os filhos prestam apoio e compartilham o sofrimento dos pais como forma de retribuir o cuidado que receberam por toda vida. Desse modo, investem em maneiras de proporcionar seu bem-estar por meio de práticas solidárias que geram também satisfação pela ajuda mútua (18). Esse fato pode ser evidenciado pelo relato dos participantes, os quais mencionaram que os filhos apoiaram no momento de adoecimento da figura paterna.

Durante o evento de descoberta do IAM, internação hospitalar e recuperação, a filha mais velha, que tem

uma relação próxima com os pais, esteve presente oferecendo todo tipo de apoio, sobretudo por trabalhar na área da saúde e conhecer o processo pelo qual o pai passava. Esse fato parece oferecer segurança aos integrantes da família, o que facilitou até mesmo na trajetória percorrida por Luis dentro dos serviços de saúde. Estudo (19), realizado com acompanhantes familiares também revelou que o conhecimento prévio proveniente das experiências profissionais na área da saúde sobre os eventos de saúde/doença favorece a participação no cuidado.

Além disso, o filho que residia em outro município viajou para perto dos pais, a fim de auxiliar no cuidado e vivenciar conjuntamente o que a família estava passando devido ao IAM. A filha mais nova, embora apresente um vínculo forte com os pais, não pode se fazer presente no momento imediato após o IAM, pois estava residindo em outro estado e o deslocamento tornava-se mais demorado, porém posteriormente também se uniu à família no intuito de oferecer suporte e colaborar de alguma forma para a recuperação do pai.

Ainda como fonte de apoio para o casal percebeu-se a presença de uma vizinha, da chefe de Ana e do ambulatório do hospital em que Luis fazia acompanhamento desde que teve o IAM. A chefe de Ana teve papel fundamental também quando Luis adoeceu, sobretudo quando fez a cirurgia de revascularização do miocárdio. Nesse momento, ela deslocou-se até a residência da família e por lá ficou auxiliando no enfrentamento do momento pelo qual passavam.

A principal rede de apoio das famílias são os familiares, mas o apoio recebido de amigos, vizinhos e colegas de trabalho também é indispensável para superar as dificuldades (7). Em um estudo que objetivou conhecer a rede de apoio da pessoa com doença renal crônica e sua família, identificou-se que os vizinhos compõem a rede que ajuda no enfrentamento das adversidades estabelecidas pela doença (20).

O AC não foi relatado espontaneamente pela família e essa o configurou como um vínculo estritamente profissional, quando lembrado pela pesquisadora. A fragilidade desse vínculo traz à tona a necessidade da equipe de saúde refletir sobre sua atuação neste contexto. Os profissionais de saúde precisam conhecer a estrutura familiar, sua dinâmica e as interações que essa família possui e estabelece nos contextos em que transita, para assim atender as suas reais necessidades, buscando fortalecer e manter os vínculos apoiadores (7).

Por outro lado, para o casal existia também uma relação

conflituosa com o vizinho da casa à esquerda, o qual era considerado pela família como “vingativo”. Destaca-se que a proximidade ou afastamento emocional em relação aos vizinhos dependem de características individuais pertinentes a cada pessoa (21). No entanto, o sistema familiar funcional responde aos conflitos e situações críticas visando estabilidade e buscando soluções por meio de recursos próprios e de forma adequada (22).

No ecomapa percebe-se também a presença de vínculos exclusivos de Luis, sendo dois deles considerados muito fortes, com a irmã de criação e o sobrinho. Segundo Luis, o sobrinho o considerava, bem como Ana, como se fossem seu pai e sua mãe, provavelmente pela perda que teve de seus pais por IAM. Ainda, existia um vínculo de menor intensidade com os colegas do programa de reabilitação cardíaca que ele fazia acompanhamento e por terem o mesmo problema compartilhavam das mesmas ansiedades, dúvidas e angústias.

Para Ana, existia forte apoio de uma amiga que residia na cidade de Porto Alegre/RS e também do grupo religioso que fazia parte, considerando esse como sua “segunda família ou uma extensão da sua”. A religiosidade/espiritualidade consiste em uma fonte de apoio que colabora para a efetividade do processo de reabilitação, a partir da busca de forças para lidar com as fragilidades decorrentes da doença (20).

Cabe destacar que Ana e Luis apresentavam entre eles uma relação com vínculos fortificados, revelando durante a entrevista uma afinidade e proximidade entre o casal.

Essa relação parecia ter sido intensificada pela doença, sobretudo pelo medo da morte.

Neste pensar, ressalta-se que a construção dos diagramas (genograma e ecomapa) permite identificar o processo de viver a vida da pessoa doente e da família, por meio da visualização das relações destes com o mundo social (6).

CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu conhecer a estrutura e os vínculos de uma família, após um de seus integrantes ter vivenciado o IAM. A estrutura da família apresenta as características de uma família nuclear que enfrenta um processo de encaminhamento e saída dos filhos de casa. Além disso, com o genograma pode-se observar a ocorrência de doenças crônicas, fortalecendo a necessidade de práticas que visem à prevenção de doenças cardiovasculares de acordo com a singularidade de cada cenário familiar.

Por meio do ecomapa pode-se afirmar que os vínculos da família em sua maioria são caracterizados por intensidade forte e constituídos por pessoas próximas, apresentando poucos conflitos. Destaca-se a fragilidade do vínculo com o serviço de saúde, fato que deve estimular uma reflexão acerca do papel desses profissionais nos serviços ambulatoriais. Acredita-se que a manutenção de vínculos fortes pode favorecer o enfrentamento de situações difíceis como o episódio de IAM e sua recuperação.

Diante da complexidade que envolve o cuidado à pessoa pós IAM, destaca-se a relevância de inserir as necessidades e subjetividades da família nesta prática. Desta forma, o enfermeiro que assiste ao grupo familiar nesta situação pode buscar instrumentos, como o genograma e o ecomapa, para subsidiar seu trabalho a fim de melhor compreender o contexto em que a família está inserida, suas potencialidades, suas fragilidades, sua estrutura, e seus vínculos que poderão auxiliar na elaboração de estratégias que fortaleçam suas forças e auxiliem na promoção e recuperação da saúde.

As limitações deste estudo relacionam-se a dinamicidade do processo familiar. Desse modo, os achados não podem ser generalizados, visto a escolha do método que não permite essa inferência. Sendo assim, destaca-se a necessidade de estudos que continuem a explorar o tema.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. **Ministério da Saúde (BR).** Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília; 2011.
2. **World Health Organization (WHO).** Noncommunicable diseases country profiles 2011. France; 2011.
3. **Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL.** Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. Texto & contexto enferm. 2008;17(1): 81-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100009>
4. **Iglesias CMF, Santiago LC, Jesus JA, Santoro LC.** A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. Rev pesqui cuid fundam. 2010;2: 974-77. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.25p>
5. **Scherer C, Stumm EMF, Loro MM, Kirchner RM.** O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. Rev eletrônica enferm. 2011;13(2): 296-305. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.8534>
6. **Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP.** Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. Rev gauch enferm. 2009; 30(2): 198-205. <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4200/6676>
7. **Di Primio AO, Schwartz E, Bielemann VLM, Burille A, Zillmer JGV, Feijó AM.** Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. Texto & contexto enferm. 2010;19(2):334-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200015>
8. **Sassá AH, Marcon SS.** Avaliação de famílias de bebês nascidos com muito baixo peso durante o cuidado domiciliar. Texto & contexto enferm. 2013;22(2): 442-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200021>
9. **Wright LM, Leahey M.** Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.
10. **Chizzotti A.** Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1998.
11. **Ministério da Saúde (BR).** Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. **Torgé CJ.** Freedom and imperative mutual care between older spouses with physical disabilities. J Fam Nurs. 2014; 20 (2):204-25. <http://jfn.sagepub.com/content/20/2/204.full.pdf+html>
13. **Gianordoli-Nascimento IF, Trindade ZA.** “O que fazer quando o coração Aperta?” A dinâmica conjugal pós-infarto. Psicol. 2002; 18(1): 107-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100012>
14. **Coelho LM, Resende ES.** Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. Rev med Minas Gerais. 2010; 20(3): 323-8. <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view-File/271/254>
15. **Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD.** Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. Rev enferm UERJ. 2013;21(1): 54-9. <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a09.pdf>
16. **Radovanovic CAT, Cecilio HPM, Marcon SS.** Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial. Rev gauch enferm. 2013;34(1): 45-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100006>
17. **Ceolin T, Casarin ST, Carvalho RCMR, Heck RM, Schwartz E, Silva JRS.** Investigación de óbitos en menores de un año. En búsqueda de la integridad en la asistencia. Ética de los cuidados. 2010 ;3(5): 1-9.
18. **Oliveira APP, Caldana RHL.** As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. Saude Soc. 2012;21(3): 675-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300013>
19. **Diogo MJD, Pena SB.** Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. Rev latino-am enferm. 2005; 13(5): 663-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500009>
20. **Schwartz E, Muniz RM, Burille A, Zillmer JGV, Silva DA, Feijó AM, et al.** As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica. Reme Rev min enferm. 2009; 13(2): 183-92. http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e49f32d824.pdf
21. **Faquinello P, Marcon SS.** Amigos e vizinhos: uma rede social ativa para adultos e idosos hipertensos. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(6): 1345-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600010>
22. **Santos AL, CecilioHPM, Teston EF, Marcon SS.** Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. Texto & contexto enferm. 2012;21(4): 879-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400019>