

A ALTA HOSPITALAR PARA FAMILIARES DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

THE HOSPITAL DISCHARGE TO FAMILIES OF CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS

LA ALTA HOSPITALARIA PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIANA

Rosana Ap. Spadoti Dantas*
Rosamary Ap. Garcia Stuchi**
Lidia Aparecida Rossi***

Dantas RAS, Stuchi RAG; Rossi LA. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4): 345-50.

RESUMO

Com o objetivo descrever as perspectivas dos familiares frente à alta hospitalar, foram entrevistados 14 familiares de pacientes com doença arterial coronariana internados para tratamento clínico (10 pacientes) ou cirúrgico (4). A metodologia foi a de estudo de caso e o processo de análise resultou nas categorias: a doença como um problema, o coração significando tudo e a volta para casa após a alta hospitalar. As conclusões foram que o coração é o centro das emoções para os familiares e que na volta do doente para casa, a preocupação é poupá-lo de emoções fortes que possam desencadear novo evento isquêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Alta de paciente. Família. Coração. Cardiopatias.

ABSTRACT

Fourteen families of coronary artery disease patients were interviewed to describe their perspectives concerning the cardiac disease and hospital discharge. Ten patients had been hospitalized for clinical treatment, and for surgical treatment. The case study method was selected, and the analysis process resulted in the following categories: the disease as a problem, the heart meaning everything and, their coming back home after hospital discharge. We concluded that the heart is the core of the emotions for the relatives and, when the patients return home, there is a concern about keeping them away from potentially damaging emotions that might trigger a new ischemic event.

KEYWORDS: Patient discharge. Family. Heart. Heart diseases.

RESUMÉN

Con el objetivo de describir las perspectivas de los familiares frente a la alta hospitalaria, fueron entrevistados 14 familiares de pacientes con enfermedad arterial coronariana internados para tratamiento clínico (10 pacientes) o quirúrgico (4). La metodología fue a de estudio de caso y el proceso de análisis resultó en las categorías: la enfermedad como un problema, el corazón significando todo y el retorno al hogar después de la alta hospitalaria. Las conclusiones fueron que el corazón es el centro de las emociones para los familiares y que en el retorno del enfermo al hogar una de las preocupaciones es la de combatir fuertes emociones que puedan resultar en nuevo evento isquémico.

PALABRAS-CLAVE: Alta de paciente. Família. Corazón. Cardiopatias.

* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (EERP - USP)

** Enfermeira. Doutoranda da EERP -USP***

Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - USP

INTRODUÇÃO

O desencadeamento de doença em um membro familiar é fonte de estresse para todo o grupo familiar. Paciente, doença e família formam um círculo de mútuas influências as quais irão determinar os comportamentos a serem desenvolvidos tanto para o doente quanto para os familiares. A constatação de uma doença crônica e a confirmação de seu diagnóstico, principalmente, quando atinge adultos que desempenham papéis sociais definitivos, gera desequilíbrio no sistema familiar⁽¹⁾. As relações entre um doente crônico e seus familiares podem variar de acordo com a natureza da doença, o estágio de vida em que se encontra o doente, as estratégias de *coping*, as percepções sobre a situação gerada, as crenças a respeito da doença ocorrida e o contexto econômico, social e familiar do grupo atingido⁽²⁾.

A doença arterial coronariana, dentre as doenças cardiovasculares, é uma das mais incidentes. Pode se manifestar clinicamente na forma de *angina pectoris*, infarto agudo do miocárdio, miocardiopatias isquêmicas e morte súbita. De natureza crônica e evolutiva, o tratamento escolhido para o seu controle tem como objetivos evitar a progressão da doença e sua recorrência ou agravamento no futuro. Qualquer dano neste órgão, atual ou potencial, ameaça não apenas o funcionamento físico, mas também a auto-imagem do doente⁽³⁾.

A súbita e, freqüentemente, inesperada ocorrência de um episódio cardíaco, como o infarto agudo do miocárdio, cria uma atmosfera de crise e desequilibra o sistema familiar existente⁽⁴⁾. A trajetória da doença cardíaca, particularmente, durante a fase aguda da doença, envolve múltiplos ajustamentos. Estes ajustamentos são necessários durante a hospitalização, alta e retorno ao lar⁽⁵⁾. Durante a hospitalização ocorrem mudanças estruturais nos papéis familiares. O cônjuge e/ou filhos do paciente, ou mesmo outros membros da família, passam a assumir as atividades que eram, antes da internação, desenvolvidas pelo próprio paciente. Assim, a doença tende a afetar a estrutura familiar quanto à manutenção do status sócio-econômico, principalmente naquelas famílias cujos doentes são os provedores materiais dos lares. Como a doença coronariana é mais prevalente entre os homens, em nossa sociedade, tal ocorrência afeta, na maioria das vezes, os aspectos de subsistência do grupo familiar^(1,6).

Embora a hospitalização do paciente seja um período estressante para a família, o retorno do doente para a casa também gera angústia e ansiedade. A alta do paciente cardíaco e o início do processo de reabilitação implica, para o doente, sua submissão a certas mudanças em seu estilo de vida, como modificações nos padrões alimentares e nos hábitos

como o tabagismo e o estilo de vida sedentário⁽⁷⁾. Embora a responsabilidade à adesão ao tratamento caiba, formalmente, ao paciente, estudos têm demonstrado que a família é fonte de apoio fundamental neste período, principalmente para o doente coronariopata.^(1,8) Familiares precisam adquirir habilidades de *coping* para poder manejar o processo de recuperação do doente em seu lar. Tais habilidades incluem capacidade de solucionar problemas, de procurar ajuda especializada quando necessário, de trabalhar as preocupações e ansiedades que surgirem neste período, bem como saber buscar as informações necessárias para enfrentar, de forma efetiva, os problemas apresentados⁽⁹⁾.

Investigar como doente e família percebem o preparo para a alta e o que irá acontecer após a saída do hospital poderá fornecer aos enfermeiros subsídios para um preparo mais adequado e efetivo destes indivíduos. Para os profissionais que atuam com doentes coronariopatas e suas famílias tem sido útil avaliar as crenças destas pessoas sobre a doença cardíaca e a congruência entre elas. O desenvolvimento de uma definição compartilhada no que se refere à situação vivenciada por eles, faz parte do processo de adaptação de casais e de familiares⁽¹⁰⁾. Fazer uma ponte entre estas crenças e as metas educativas percebidas como importantes e necessárias na visão dos profissionais da saúde parece ser o grande desafio. Estudos têm demonstrado que nem sempre estas crenças e percepções são concordantes^(8,10,11).

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo descrever as perspectivas dos familiares de pacientes coronariopatas frente à alta hospitalar. O conhecimento gerado por ele poderá contribuir para subsidiar as ações educativas do enfermeiro no que se refere ao processo de recuperação que continuará após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

A metodologia usada foi a de estudo de caso, seguindo os pressupostos apresentados por Moon⁽¹²⁾. A unidade de análise constituiu-se de familiares de pacientes com doença arterial coronariana, tendo como foco estes indivíduos. O estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, com familiares de pacientes internados com diagnóstico de doença arterial coronariana, para tratamento clínico ou cirúrgico.

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética desta instituição. Os objetivos do estudo eram apresentados aos familiares durante o período de hospitalização. Com a

concordância dos participantes, o termo de consentimento pós-esclarecido era assinado pelos envolvidos.

Considerou-se como família não somente as pessoas que estão envolvidas por laços de consanguinidade ou por casamento, civil ou religioso, mas, também, as que estão envolvidas emocionalmente ou vivem próximas. Além deste critério, os entrevistados deveriam: ter mais de 18 anos, estar presentes no período de visita familiar, ter um familiar internado em decorrência de um evento isquêmico (angina pectoris ou infarto agudo do miocárdio) ou para tratamento cirúrgico da coronariopatia e concordar em participar da pesquisa. Garantidos estes critérios, a escolha dos participantes era feita aleatoriamente.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas durante encontros entre os pesquisadores e familiares. Os familiares foram entrevistados individualmente, sem a presença do paciente ou de familiares de outros doentes. As questões norteadoras da entrevista foram: *Fale-me sobre a doença do seu parente! O que você sabe sobre a doença dele? O que significa para você, enquanto familiar de um doente cardíaco, o retorno dele (a) ao lar? De que forma você vê a participação da família na recuperação dele(a)?*

Todas as entrevistas foram realizadas com a presença de dois dos pesquisadores. Enquanto um

conduzia a entrevista, o outro registrava as respostas de forma cursiva com lápis e papel. Após o término das entrevistas, as notas de campo eram lidas para os familiares, de maneira a obter a confirmação ou não dos dados anotados pelo entrevistador.

As etapas de coleta e análise dos dados ocorreram consecutivamente. A análise qualitativa do conteúdo dos dados, seguiu as etapas de identificação, codificação e a categorização das respostas. Primeiramente, os dados foram transcritos e codificados. Dados similares foram agrupados em categorias distintas. Cada segmento de dados foi comparado com outros segmentos, categorizados similarmente. A princípio, as categorias criadas apresentaram um âmbito claro, embora com limites pouco distintos. Com a evolução do processo de análise, as configurações das categorias tornaram-se mais precisas. A técnica de saturação dos dados foi usada como critério para a finalização da coleta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No **Quadro 1** está apresentada a caracterização dos entrevistados e dos familiares doentes. Foram entrevistados: 6 (42,9%) esposas, 7 filhas (50,0%) e uma sobrinha (7,1%).

Quadro 1: Dados de caracterização dos familiares entrevistados e dos pacientes internados.

Identificação da entrevista	Dados do familiar	Dados do paciente
Entrevista 1	31 anos, filha, mora com o pai doente	62 anos, internado com IAM*
Entrevista 2	57 anos, esposa, mora com o paciente	63 anos, internado com IAM
Entrevista 3	38 anos, filha, reside com a mãe	72 anos, internada para cirurgia de RVM**
Entrevista 4	58 anos, esposa, mora com o paciente	58 anos, internado para cirurgia de RVM**
Entrevista 5	68 anos, esposa, mora com o paciente	67 anos, internado com IAM*
Entrevista 6	37 anos, filha, não reside com o pai	73 anos, internado com IAM*
Entrevista 7	36 anos, filha, reside com a mãe	69 anos, internada com angina
Entrevista 8	43 anos, filha, não reside com a mãe	72 anos, internada para cirurgia de RVM**
Entrevista 9	49 anos, filha, reside com a mãe	77 anos, internada para cirurgia de RVM**
Entrevista 10	32 anos, sobrinha, não reside com o doente	65 anos, internado com IAM*
Entrevista 11	34 anos, filha, não reside com o pai	63 anos, internado com IAM*
Entrevista 12	55 anos, esposa, mora com o paciente	59 anos, internado com IAM
Entrevista 13	33 anos, esposa, mora com o paciente	35 anos, internado com IAM
Entrevista 14	65 anos, esposa, mora com o paciente	65 anos, internado com IAM

* Infarto Agudo do Miocárdio

** Revascularização do miocárdio.

Com relação às características das 6 esposas entrevistadas, elas tinham entre 33 e 68 anos (média de 56 anos), 3 tinham grau de instrução acima ou igual ao primário completo e todas residiam com os maridos. Os demais familiares entrevistados tinham entre 31 e 49 anos (média de 37,5 anos), com graus de instrução diversificados (4 tinham até o primeiro grau, 1 com secundário incompleto, 1 com superior incompleto e 2 com nível superior completo). Das 7 filhas entrevistadas, 3 residiam com o familiar doente. As demais filhas e a sobrinha moravam em outros locais.

O fato de que todos os familiares entrevistados eram do sexo feminino e em sua maioria (94,9%) esposas e filhas de pacientes reforça as considerações de outros estudos os quais apresentam o cuidado do familiar doente como sendo uma, entre as muitas tarefas atribuídas às mulheres na estrutura familiar vigente em nossa sociedade⁽¹³⁾.

Quanto à caracterização dos pacientes internados, cujos familiares participaram deste estudo, 10 deles (71,4%) eram do sexo masculino. A idade do grupo variou de 35 a 77 anos (média de 64,3 anos), e os motivos da atual internação foram: 1 internou com diagnóstico de angina, 10 com infarto agudo do miocárdio e 3 para tratamento cirúrgico da coronariopatia através da cirurgia de revascularização do miocárdio.

O processo de análise dos dados obtidos por meio das entrevistas resultou nas seguintes categorias: *a doença como um problema, o coração significando tudo e a volta para casa após a alta hospitalar*.

A doença como um problema

Nesta categoria, a *doença como um problema*, os membros das famílias entrevistadas relataram suas preocupações com a doença cardíaca, uma vez que eles consideravam que ela era grave e colocava em risco a vida do doente.

É duro saber que tem alguém em casa com problema de coração (esposa, entrevista 5)

Não é a primeira vez que ele interna com este problema (esposa, entrev. 12)

Encarando a doença cardíaca como um *problema*, nos relatos, os familiares expressam a falta de conhecimento sobre a doença como um evento patológico que afeta a saúde.

Não sei se a doença vem da diabetes, se é do nervoso, não sei do que vem isso (filha, entrev. 7)

Não sei falar o que provoca, não sei o que ele tem (esposa, entrev. 10)

O conceito de doença (*disease* — processo de doença) está centrado nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo, sob o ponto

de vista do profissional da saúde, enquanto o conceito de experiência de doença (*illness* — experiência da doença) está relacionado a um modelo conceitual mais abrangente, utilizado pelo paciente e familiar para explicar o infortúnio pelo qual estão passando. Sendo assim, o médico diagnostica o *processo da doença* e os indivíduos (doentes e familiares) focalizam a *experiência da doença*. Enquanto o processo de doença afeta um único indivíduo, a experiência da doença, freqüentemente, afetará todos aqueles que convivem com essa pessoa, como os familiares e amigos⁽¹⁴⁾.

A experiência da doença cardíaca, enquanto um problema, é mais um acontecimento desagradável na vida destes familiares e pacientes. Sua ocorrência, o tratamento e o processo de recuperação geram incertezas e mudanças na vida das pessoas envolvidas. A maioria das entrevistadas era de esposas e filhas que moravam com os doentes e que estavam se defrontando com as limitações impostas pela internação de seus maridos, pais ou mães. As relações com as esposas são as mais afetadas nestes casos. O impacto do evento cardíaco sobre as relações conjugais varia e depende de como o casal se relacionava antes desta ocorrência. O estresse causado pela doença poderá fortalecer laços anteriormente enfraquecidos ou agravar problemas conjugais já existentes. Os problemas financeiros e sociais decorrentes do afastamento do emprego, das despesas médicas e mudanças nos planos de aposentadoria podem aumentar os problemas enfrentados pelos familiares e pacientes após a alta hospitalar^(1,4,15).

Não sei se meu pai poderá voltar ao trabalho...dividir as responsabilidades da casa (filha, entrev. 1).

Outro aspecto relevante é o fato de que o paciente tem um problema localizado no coração o que tem um significado especial para eles, uma vez que afeta o centro das emoções. Isto influencia a maneira com que os familiares vêem a origem e a possibilidade de recuperação após a doença, o que pode ser constatado na categoria seguinte.

O coração significando tudo

Para os familiares destes pacientes, o coração é a parte mais importante do corpo humano e a doença tornou este corpo frágil, deixando-os com o medo da morte dos familiares doentes.

Está com um quadro gravíssimo, o seu coração está todo... Inclusive ele tem pouco tempo de vida, o que deixa a gente abalado (filha, entrev. 6)

Fiquei preocupada se o problema era grave, se tinha risco de vida. O coração significa tudo (sobrinha, entrev. 10)

Acho que o problema no coração é mais grave do que qualquer outra parte, o coração é a parte principal (filha, entrev. 11)

O coração é percebido como o centro das emoções. As relações entre a doença cardíaca e o emocional do paciente foram amplamente relatadas pelos familiares.

...ele está se emocionando muito, chora fácil e isto está afetando o coração (sobrinha, entrev. 10)

Ele passou muitos problemas de nervoso com o filho mais velho (esposa, entrev. 14)

O coração tem sido tradicionalmente considerado não apenas como um órgão vital, mas como o centro do indivíduo. Esta visão é manifestada em vários contextos dentro das religiões cristãs ocidentais. Um dano neste órgão pode ser conseqüentemente percebido como uma ameaça para a pessoa, corpo e alma⁽¹⁶⁾. Nossa sociedade ocidental tem mistificado o coração, dando a ele a conotação de centro da vida e que movimenta o sangue, nutrindo todo o corpo. Também é a sede dos sentimentos, da moralidade, das paixões. Ele é um órgão binário para muitos de nós, uma vez que representa a dualidade entre os extremos da vida e da morte⁽⁶⁾.

O fato de atribuir ao coração esta conotação de centro das emoções fez com que as participantes relatassem as suas preocupações com a volta do paciente para a casa, no intuito de poupá-lo de emoções.

Passar o menos possível de nervoso. (filha, entrev. 7)

Todo mundo tem de ajudar, colaborar mais para evitar que ela fique nervosa. (filha, entrev. 8)

Ao se atribuir ao nervosismo e às emoções o papel de causadores da doença cardíaca, a sociedade induz o familiar deste doente a poupá-lo dos conflitos familiares estressantes⁽¹⁷⁾. Ao mesmo tempo em que os familiares centralizam suas preocupações na redução do estresse que permeiam as relações cotidianas dentro de suas casas eles também se preocupam em demonstrar ao familiar doente o quanto ele é querido e amado por todos.

Acho que a família fará tudo o que puder fazer por ele...nós combinamos muito bem (esposa, entrev. 5)

Acho que ele tem uma motivação muito forte para ficar bem...ele tem uma família que o ama (esposa, entrev. 12).

O processo de recuperação do doente longe da segurança do ambiente hospitalar é um dos aspectos que preocupa os familiares na volta para casa e está presente na próxima categoria denominada: *voltando para casa após a alta hospitalar*.

Voltando para casa após a alta hospitalar

Inicialmente, as famílias sentem-se incapazes de lidar com a condição emocional da doença cardíaca, uma vez que acreditam que a doença pode ter sido agravada pela dinâmica familiar. Ao mesmo tempo, todas as dúvidas referentes à doença e ao tratamento se intensificam neste momento. Assim, o momento da alta traz sentimentos ambíguos. A família sente-se aliviada por ter o familiar doente de volta e, ao mesmo tempo, defronta-se com sentimentos de medo por não saber como será o período de reabilitação no lar e, principalmente, se conseguirá manejar os acontecimentos que estão por vir^(18,19)

Eu me preocupo com a volta dela pra casa, de ter outra crise (filha, entrev. 3).

A minha mãe não vê a hora dele sair daqui, mas eu estou com medo de acontecer algo em casa (filha, entrev. 11).

Outros aspectos da vida do doente como mudanças no estilo de vida, tais como dieta, exercícios físicos e o uso de medicamentos também estão presentes. A família, principalmente as esposas, preocupa-se em apoiar e ajudar na realização das tarefas diárias, mudar o estilo de vida e poupar os pacientes dos estresses diários^(20,21).

Esta condição demanda uma dieta, só que em casa ele acostumava comer bacon frito (filha, entrev. 14)

Incentivando a caminhar, comer os alimentos certos, com pouca gordura e pouco sal (filha, entrev. 9)

Por outro lado, a família também espera que o paciente mude seu comportamento e se adapte à nova vida como podemos ver a seguir:

... que ele tome os remédios na hora certa, não ande no calor e faça alimentação certa (esposa, entrev. 2).

O único problema com o meu marido é que ele precisa se conscientizar que precisa se cuidar (esposa, entrevista 12).

A volta para casa pode, ainda, significar mudanças nas tarefas que cada membro da família desenvolvia antes da experiência da doença cardíaca ser vivenciada por eles. Eles poderão assumir novas tarefas e responsabilidades, como mostram os depoimentos a seguir:

Tendo mais união...ajudar, porque eu também tenho a minha casa para cuidar (filha, entrev. 7)

A pessoa que irá cuidar dele também terá que cuidar da casa...ele (filho do paciente) irá cozinhar....(sobrinha, entrev. 10)

A necessidade de assumir mais tarefas e responsabilidades junto à família tem sido fonte de estresse, principalmente para os cônjuges dos pacientes cardíacos⁽¹⁹⁾. Para os familiares a volta para casa significa a necessidade de mudar as relações sociais dentro o sistema familiar^(3,22).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões que emergiram deste estudo foram que o coração é o centro das emoções para os familiares dos pacientes com doença arterial coronariana. A atenção enfocada pelos familiares demonstra que, para eles, o coração é o órgão que regula e sofre o impacto das emoções. Assim, na volta do doente para casa, a preocupação da família é poupá-lo de emoções fortes que possam desencadear novo evento isquêmico. As questões relacionadas ao controle dos fatores de risco e tratamento medicamentoso, que são importantes aspectos para a equipe de saúde, embora apareçam nas falas dos familiares, carecem de clareza acerca de como tais fatores são responsáveis pela doença e como devem ser abordados durante a recuperação do doente. Tal fato pode ser explicado pela perspectiva usada pela família e paciente para explicar a experiência da doença e que não abrange a doença cardíaca enquanto evento fisiopatológico. Embora não tenhamos abordado, neste estudo, a relação existente entre apoio familiar e adesão ao tratamento, acreditamos que, somente quando os familiares sentirem-se tranquilos e orientados eles poderão auxiliar na adesão do paciente ao tratamento e na reformulação do estilo de vida não só do doente mas de toda a unidade familiar.

No planejamento de ações educativas para este grupo, o enfermeiro deverá levar em consideração o fato de que as perspectivas do doente e dos familiares diferem das perspectivas que os profissionais da saúde têm da mesma situação: a alta e a recuperação do paciente coronariopata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Hojaij EMB, Romano BW. Família e cardiopatia: uma questão a ser considerada. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994;4(5):14-18.
- (2) Shaw MC, Halliday PH. The family, crisis and chronic illness: an evolutionary model. *J Adv Nurs* 1992;17(5):537-43.
- (3) Gaglione K. Assessing families and open heart surgery. In: Leahey MW editor. *Families & Life Threatening Illness*. Pennsylvania: Springhouse Corporation; 1987. p.143-55.

- (4) Brunt JH. Intervening with families at the launching state and myocardial infarction. In: Leahey MW editor. *Families & Life Threatening Illness*. Pennsylvania: Springhouse; 1987. p.271-280.
- (5) Sirls AT, Selleck CS. Cardiac disease and the family: impact, assessment, and implications. *J Cardiovasc Nurs* 1989;3(2):23-32.
- (6) Romano BW. A família e o adoecer durante a hospitalização. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1994;7(5):58-62.
- (7) Miller P, Johnson NL, Garrett MJ, Wickoff R, McMahon M. Health beliefs of and adherence to the medical regimen by patients with ischemic heart disease. *Heart Lung* 1982;11(4):332-9.
- (8) Stuchi RAG. Crenças dos portadores de doença coronariana sobre os comportamentos de risco. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
- (9) Artinian NT. Family nursing in medical-surgical settings. In: Hanson SMHB, Boyd ST editor. *Family health care nursing. Theory, practice, and research*. Philadelphia: F.A. Davis; 1996. p.269-300.
- (10) Patterson JA. Illness beliefs as a factor in patient-spouse adaptation to treatment for coronary artery disease. *Family Syst Med* 1989;7(4):428-42.
- (11) Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *J Adv Nur* 1998;27:770-8.
- (12) Moon SMT. Case study research. In: Sprenkle DHM editor. *Research methods in family therapy*. New York: Guilford Press; 1996. p.393-410.
- (13) Oliveira MLSB. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicol Reflexão Crit* 2000;13(1):1-15.
- (14) Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatric. Los Angeles: University of California Press; 1984.
- (15) Hilbert GA. Cardiac patients and spouses: family functioning and emotions. *Clin Nurs Res* 1994;3(3):243-52.
- (16) Cassen NMH "Ego infarction". Psychological reactions to a heart attack. *J Pract Nurs* 1979;29:17-20.
- (17) Zerwic JJ, King KB, Wlasowicz GS. Perceptions of patients with cardiovascular disease about causes of coronary artery disease. *Heart Lung* 1997;26(2):92-8.
- (18) Oliveira MFP, organizador, Ismael SMC. Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia. São Paulo: Papirus; 1996. Aspectos emocionais no paciente coronariano. p.185-97.
- (19) Yates BC, Booton-Hiser DA. Comparison of psychologic stress responses in patients and spouses ten weeks after a cardiac illness event. *Prog Cardiovasc Nurs* 1992;7(4):25-33.
- (20) Hentinen M. Teaching and adaptation of patients with myocardial infarction. *Int J Nurs Stud* 1986; 23(2):125-38.
- (21) Kellermann JJ. Long-term comprehensive cardiac care—the perspectives and tasks of cardiac rehabilitation [editorial]. *Eur Heart J* 1993;14(11):1441-4.
- (22) Wright LL. Families and life-threatening illness: assumptions, assessment, and intervention. In: Leahey MW, editor. *Families & Life-Threatening Illness*. Pennsylvania: Springhouse Corporation; 1987. p.367.

Artigo recebido em 07/11/01
Artigo aprovado em 04/02/03