



CLÁUDIA ZAMBERLAN

**ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER
DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO
CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**

Rio Grande
2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER
DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO
CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**

CLÁUDIA ZAMBERLAN

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho em Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Rio Grande
2013

Z145e Zamberlan, Claudia

Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos : possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde / Claudia Zamberlan. – 2013.

196 f. : graf.

Orientador: Heidi Crecencia Heckler de Siqueira

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Doenças cardiovasculares. 5. Ecosistema. I. Título. II. Siqueira, Heidi Crecencia Heckler

CDU: 616.1-083:614

CLÁUDIA ZAMBERLAN

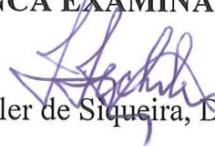
**ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER
DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO
CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 26 de novembro de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

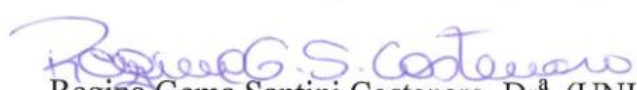

Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA


Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr^a – Presidente (FURG)

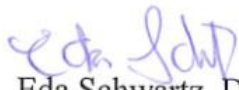

Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira, Dr^a. (ESEP-PT)


Regina Gema Santini Costenaro, Dr^a. (UNIFRA)


Dirce Stein Backes, Dr^a. (FURG)


Marlene Teda Pelzer, Dr^a. (FURG)


Rosemary Silva da Silveira, Dr^a. (FURG)


Eda Schwartz, Dr^a. (UFPEL)

Rio Grande, 26 de novembro de 2013

*Ainda que eu falasse a língua dos homens e dos anjos [...]
E se não tivesse AMOR, eu nada seria*

CORINTIOS, 13

*Dedico este trabalho a DEUS,
por me dar forças para chegar até aqui
e a oportunidade de conhecer o AMOR incondicional: SER MÃE.*

AGRADECIMENTOS

*A Deus,
pelo dom da vida, pela minha existência e
pela oportunidade de realizar este sonho, hoje uma realidade.*

*Aos meus pais, Francisco e Vanir,
pelo exemplo, pela formação familiar, incentivo, apoio, dedicação e amor.
Obrigada! Amo vocês.*

*Ao meu irmão,
por, direta ou indiretamente, ter estado sempre presente em minha vida
durante o doutorado, traduzindo textos, ajudando-me no que fosse necessário.
A ti meu amor, reconhecimento e gratidão.*

*Ao meu companheiro, Francisco,
pela dedicação de pai, cuidando do nosso filho Guilherme
nas minhas ausências para a conclusão desta etapa;
por acreditar no meu potencial.
A você meu agradecimento e meu amor.*

*À minha orientadora, Prof^a. Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira,
por ser antes de tudo uma amiga, incentivadora,
um exemplo de ser humano e de profissional. Exemplo a ser seguido.
Agradeço por tê-la como orientadora, por acreditar em meu potencial e
por me estimular continuamente na busca do conhecimento,
propondo-me sempre grandes desafios.*

*À Prof^a. Dr^a Teresa Rodrigues Ferreira,
por aceitar a orientação do intercâmbio de Doutorado na Escola Superior de
Enfermagem do Porto, Portugal;
pelo acolhimento, pelo conhecimento adquirido.
Espero, sinceramente, um dia poder retribuir.*

*Aos membros da Banca Examinadora,
por terem aceito o convite e pela contribuição no aperfeiçoamento do estudo.*

*Às duas grandes amigas, Hilda Freitas e Juliana Rist.
Dizem que amizades verdadeiras movem o mundo pelo intercâmbio de fluxo e de energia.
Vocês são amigas verdadeiras, aquelas com quem sempre posso contar.
A você, Hilda, agradeço por compartilhar comigo teus conhecimentos acerca da TFD, juntas
estudamos, discutimos referenciais e aprendemos com eles.
Você é, além de uma grande colega, uma grande amiga.
A ti, Juliana, jamais poderei agradecer tudo o que fazes por mim e pelo Gui;
por abrir mão de muitas coisas para cuidar do Guilherme enquanto eu estudava. Minha
eterna gratidão e reconhecimento pelo que és e pelo que fazes.
Minhas amigas-irmãs, amo vocês duas.*

*Aos meus colegas de doutorado,
em especial, Adriane, Richard, Dr^a Jaqueline, Diana e Dilce,
vocês fizeram parte da minha história.
Agradeço por tê-los como colegas e amigo*

*Ao PPGE^{nf}/FURG,
por todo o conhecimento transmitido.*

*Ao Grupo de Estudo e Pesquisa,
Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde (GEES),
pela convivência, pelo conhecimento adquirido.
Considero vocês uma família. Contem comigo sempre.*

*Aos meus amigos, amigas e colegas de profissão,
por torcerem e vibrarem na concretização deste sonho.
Em especial a Juliana Colomé, Rosiane Rangel, Regina Costenaro,
Karine Cáceres e Simone Nunes,
pelas palavras de carinho e apoio.*

*À amiga Solange Capaverde, obrigada de coração,
por toda a ajuda, disponibilidade e incentivo durante a concretização deste estudo.*

*À amiga Salete,
pelo acolhimento em Portugal, obrigada pela tua amizade.*

*Ao Centro Universitário Franciscano,
por conceder-me a redução da carga horária de trabalho e
entender a necessidade da capacitação docente.*

*À Universidade Federal de Santa Maria, em especial ao Hospital Universitário,
pelo estímulo à capacitação e ao aperfeiçoamento.*

*Às minhas colegas enfermeiras
da Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria,
por tantas vezes realizarem trocas de plantões, para que eu pudesse concluir a Tese,
e aos colegas técnicos em enfermagem,
pelo apoio, palavras de incentivo e amizade.
Tenho um grande carinho por vocês.*

*Aos sujeitos desta pesquisa,
por disponibilizarem seu tempo, contarem suas histórias e, sobretudo,
por me acolherem em seu ecossistema domiciliar,
a fim de que uma teoria formal fosse construída, meu agradecimento.*

*A todos os meus amigos e familiares,
que não é possível enumerá-los aqui, pois poderia estar esquecendo de alguém,
por estarem presentes no decorrer do curso de doutorado.*

*E um agradecimento especial ao meu FILHO, sim, a você GUILHERME,
que mesmo tão pequeno soube entender as minhas ausências.
Teu sorriso, tua alegria e teu olhar impulsionaram-me
quando eu encontrava dificuldades.
O que te dizer neste momento...
só posso dizer que você é a maior benção que já recebi.
Eu te AMO MUITO*

RESUMO

ZAMBERLAN, Cláudia. **Ecossistema Domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos**: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde. 2013. 196 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. Orientadora: Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

Objetivou-se compreender a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais portadores de morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, e compreender como o cuidado de enfermagem/saúde com ações interativas de promoção de saúde domiciliar seja capaz de dissipar estas atitudes e comportamentos nos filhos. Para o conhecimento, a compreensão, interação do ecossistema domiciliar e o modo de viver dos filhos de pai/mãe cardiopata como um processo dinâmico e inter-relacional, foi utilizada a abordagem sistêmica de Ilya Prigogine, com enfoque nos princípios ecossistêmicos. O percurso metodológico se baseou na Teoria Fundamentada nos Dados, que, de maneira sistemática, interativa e criativa, possibilitou o desenvolvimento da teoria formal: Compreendendo possibilidades Interativas de orientações da Enfermagem/Saúde no Ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes. Esta é uma teoria fidedigna e fundamentada nos dados da pesquisa, que culminou com o desenvolvimento de suas categorias. A coleta e análise dos dados foram realizadas conforme a preconização da teoria, de forma comparativa e constante, seguindo os passos: codificação inicial ou aberta, categorização e codificação teórica, sendo utilizada também a observação. Totalizou a amostra teórica onze filhos de pai/mãe cardiopatas, entrevistados no Brasil e em Portugal, onde, neste último, foi realizado um Intercâmbio de Doutorado com a finalidade de potencializar os conceitos e direcionar novas possibilidades aos fenômenos apresentados. Como processo de análise dos dados e agrupamento das categorias utilizou-se o modelo paradigmático desenvolvido por Glaser (1968) correspondente à família de códigos 6 Cs e de códigos interativos. A teoria formal emergiu a partir de dois fenômenos e suas categorias. O fenômeno, Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações da enfermagem/saúde, englobou as categorias: Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto (condição causal); Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver (condição estratégica); Relatando possibilidades de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata (condição de contingência); Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor (condição de consequência). Em relação ao fenômeno Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata, as categorias elencadas foram: Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe (condição causal); Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do(a) pai/mãe (condição estratégica); Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável (condição de consequência). A teoria que emergiu por meio dos dados deste trabalho fundamenta a importância das ações de enfermagem/saúde para a promoção da saúde, confirma a tese proposta no projeto de pesquisa e permite concluir que a perspectiva ecossistêmica direciona para o conhecimento, a compreensão e discussão, evidentemente, mais amplos, dos contextos apresentados, pelas suas dinâmicas e interatividades.

Descritores: Ecossistema. Doenças Cardiovasculares. Promoção da Saúde. Enfermagem. Saúde.

ABSTRACT

ZAMBERLAN, Cláudia. **Household ecosystem of parents with heart disease and the way of living of sons: opportunities for health promotion by nursing/health knowledge.** 2013. 196 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brazil.
Advisor: Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

This study aimed to investigate the possibility of domiciliary ecosystem of parents with cardiovascular morbidities propitiate attitudes and behaviors that corroborate to similar events in the health of sons who live in this environment and that through nursing care/health with interactive actions to promote home care, are able to eliminate these attitudes and behaviors in the sons. To the knowledge, understanding, interaction domiciliary ecosystem and way of life of the sons of father/mother with heart disease as a dynamic and inter-relational approach was used the systemic approach of Ilya Prigogine focusing on ecosystem principles. The methodological approach based on Grounded Theory, which, in a systematic way, interactive and creative, enabled the development of formal theory. Understanding Interactive possibilities guidelines of Nursing/Health in the household Ecosystem of sons of parents with heart disease to changes in behavior and attitudes. This is a theory based on reliable data and research, culminating in the development of their categories. Collection and data analysis were performed as advocating the theory of comparative and constant form, following the steps: initial or open coding, categorization and theoretical coding, being used also the observation. Reached the theoretical sample eleven sons of a father/mother with heart disease, interviewed in Brazil and Portugal, where, in the latter, has been carried out Doctoral Exchange in order to enhancing the concepts and direct the new possibilities presented to the phenomena. As process of data analysis and grouping of categories we used the paradigmatic model developed by Glaser (1968) corresponding to code family 6 Cs and interactive codes. The conceptual theory emerged from two phenomena and their categories. The phenomenon, Knowing the domiciliary ecosystem of sons of a father/mother with heart disease in the perspective of the nursing/health guidelines encompassed the categories: Demonstrating knowledge of aspects that enable infarction (causal condition); Associating the experience of illness and guidance for changes in the way of living (strategic condition); Reporting possibilities of guidelines for the sons of a father/mother with heart disease (contingency condition); Recognizing the importance of guidelines to assist in way of living (result condition). The theory that emerged through the data of this work, underlies the importance of nursing/health actions for health promotion, confirms the thesis proposed in the research project and support the conclusion that the ecosystem approach directs to knowledge, understanding and discussion, of course, broader of the contexts presented, by its dynamics and interactivity.

Keywords: Ecosystem. Cardiovascular Diseases. Health Promotion. Nursing. Health.

RESUMÉN

ZAMBERLAN, Cláudia. **Ecosistema Domiciliario de los padres con enfermedad cardíaca y el modo de vivir de los hijos:** posibilidades de promoción de la salud a través del conocimiento de la enfermería/salud. 2013. 196 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

Tutor: Prof^a Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

Este estudio tuvo como objetivo investigar la posibilidad del ecosistema domiciliario de padres con morbilidades cardiovasculares posibilitar actitudes y comportamientos que corroboran para eventos similares en la salud de los hijos que viven en este entorno y que, a través de la atención de enfermería/salud, con acciones interactivas para la promoción de la salud domiciliar, son capaces de eliminar estas actitudes y comportamientos en los hijos. Para el conocimiento, la comprensión, la interacción del ecosistema domiciliario y forma de vida de los hijos de padre/madre con enfermedad cardíaca como un proceso dinámico e interrelacional se utilizó el enfoque sistémico de Ilya Prigogine centrándose en los principios ecosistémicos. El enfoque metodológico basado en la *Grounded Theory*, que, de un modo sistemático, interactivo y creativo, permitió el desarrollo de la teoría formal: Comprensión de las posibilidades interactivas de directrices de Enfermería/Salud de Ecosistema domiciliario de los hijos de padres con enfermedad cardíaca para cambiar las conductas y actitudes. Esta es una teoría fiable y basada en datos de investigación, que culminó en el desarrollo de sus categorías. Recopilación y análisis de datos se realizaron como la predicción de la teoría en una forma comparativa y constante, siguiendo los pasos: codificación inicial o abierta, categorización y codificación teórica, siendo utilizado también la observación. La muestra teórica fue de once hijos de padre/madre con enfermedad cardíaca, encuestados en Brasil y en Portugal, donde, en el segundo, hubo un Intercambio de Doctorado con el fin de mejorar los conceptos y dirigir las nuevas posibilidades que se presentan a los fenómenos. Como proceso de análisis de datos y agrupación de categorías se utilizó el modelo paradigmático desarrollado por Glaser (1968) correspondiente a la familia de código 6 Cs y códigos interactivos. La teoría conceptual surgió a partir de dos fenómenos y sus categorías. El fenómeno, Conociendo el ecosistema domiciliario de los hijos de padres con enfermedad cardíaca teniendo en cuenta las directrices de la enfermería/salud, constituyó las categorías: Demostrando conocimiento de los aspectos que permiten el infarto (condición causal); Asociando la experiencia de la enfermedad y orientaciones a los cambios en el modo de vivir (condición estratégica); Informando posibilidades de directrices para los hijos de padre/madre con enfermedad cardíaca (condición de contingencia); Reconociendo la importancia de directrices para ayudar en modo de vivir (condición de consecuencia). Con respecto al fenómeno Conocer los comportamientos y actitudes de los hijos de padre/madre con enfermedad cardíaca las categorías obtenidas fueron: Describir las actitudes y comportamientos de(a) hijo(a) antes de la enfermedad de(a) padre/madre (condición causal); Informando sobre conductas y actitudes de los hijos después de la enfermedad de(a) padre/madre (condición estratégica); Reconociendo la importancia de cambiar comportamientos y las actitudes para un vivir saludable (condición de consecuencia). La teoría que surgió a través de los datos de este trabajo, fundamenta la importancia de las acciones de enfermería/salud para la promoción de la salud, confirma la tesis propuesta en el proyecto de investigación y permite concluir que el enfoque ecosistémico orienta al conocimiento, la comprensión y discusión, más amplios, de los contextos presentados evidentemente, por su dinámica y interactividad.

Palabras clave: Ecosistema. Enfermedades Cardiovasculares. Promoción de la Salud. Enfermería. Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Demonstração dos princípios sistêmicos no enfoque do ecossistema domiciliar de acordo com o referencial de Prigogine (1996; 2009)	41
Figura 2 – Possibilidades interativas do ecossistema domiciliar de pai/mãe cardiopata	47
Figura 3 – Buscando desenvolver as categorias: descobrindo conceitos e inter-relações entre os mesmos – primeira, segunda e terceira etapas de coleta de dados (1º e 2º grupos amostrais).....	59
Figura 4 – Família de códigos, denominados os 6 Cs	61
Figura 5 – Categorias emergentes da investigação, relativas à categoria conceitual	68
Figura 6 – Modelo paradigmático do primeiro fenômeno.....	76
Figura 7 – Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto	78
Figura 8 – Descrevendo possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata.....	83
Figura 9 – Modelo paradigmático do segundo fenômeno	93
Figura 10 – Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe	94
Figura 11 – Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe.....	98
Figura 12 – O ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos	132
Figura 13 – Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)	162

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de processo de codificação aberta.....	58
Quadro 2 – Exemplo de memorando de codificação	58
Quadro 3 – Teoria conceitual, condição e categorias.....	69
Quadro 4 – Teoria conceitual, fenômenos, categorias e subcategorias.....	70
Quadro 5 – Entrevistas realizadas com filhos de pai/mãe cardiopata, durante as duas etapas de coleta de dados – Identificação do perfil dos participantes	71
Quadro 6 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto, subcategoria Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto	81
Quadro 7 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver.....	82
Quadro 8 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações médicas	88
Quadro 9 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações do enfermeiro	89
Quadro 10 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações da família	89
Quadro 11 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações por outros meios	89
Quadro 12 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Negando a orientação de outros profissionais.....	90
Quadro 13 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor	92
Quadro 14 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe. Subcategorias: Relatando descuido de si; Descrevendo comportamentos relativos à atividade física; Descrevendo comportamentos alimentares	97
Quadro 15 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe. Subcategoria: Afirmando que não houve mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe.....	107

Quadro 16 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe. Subcategoria: Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe.	108
Quadro 17 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe. Subcategoria: Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe.	109
Quadro 18 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Reconhecendo a mudança de comportamentos e de atitudes para um viver saudável.	111

LISTA DE ABREVIATURAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COHRED	<i>Council on Health Research for Development</i>
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
EEnf/FURG	Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NCEP	<i>National Cholesterol Education Program</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PT	Portugal
RS	Rio Grande do Sul
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados – <i>Grounded Theory</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Foundation</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Objetivos.....	27
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 Morbidades cardiovasculares na perspectiva ecossistêmica	29
2.2 O ecossistema familiar e o modo de viver dos filhos de pai/mãe cardiopata	35
2.3 Promoção da saúde possibilitada pelo conhecimento da enfermagem/saúde com enfoque ecossistêmico nas morbidades cardiovasculares	41
3 POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS	46
3.1 Tipo de estudo	48
3.2 Local do estudo	50
3.3 Participantes do estudo	51
3.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão.....	52
3.4 Coleta de dados e análise dos dados.....	53
3.5 Aspectos éticos.....	62
3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios.....	63
3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores	63
3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa	63
3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos	63
3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados.....	64
3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa.....	64
3.6 Logística da pesquisa.....	64
3.7 Validação do modelo teórico.....	65
4 APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	67
4.1 Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes	73
4.1.1 Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações de enfermagem	75

4.1.1.1 Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto	77
4.1.1.1.1 <i>Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto</i>	78
4.1.1.1.2 <i>Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no(a) pai/mãe</i>	80
4.1.1.2 Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver	82
4.1.1.3 Relatando possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata	83
4.1.1.3.1 <i>Recebendo orientações médicas</i>	84
4.1.1.3.2 <i>Recebendo orientações do enfermeiro</i>	85
4.1.1.3.3 <i>Recebendo orientações da família</i>	85
4.1.1.3.4 <i>Recebendo orientações por outros meios</i>	87
4.1.1.3.5 <i>Negando a orientação de outros profissionais</i>	87
4.1.1.4 Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor	90
4.1.2 Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata	92
4.1.2.1 Contando comportamentos e atitudes do filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe	94
4.1.2.1.1 <i>Relatando (des)cuidado de si</i>	95
4.1.2.1.2 <i>Descrevendo comportamentos relativos à atividade física</i>	96
4.1.2.1.3 <i>Descrevendo comportamentos alimentares</i>	96
4.1.2.2 Relatando comportamentos e atitudes pós-doença do(a) pai/mãe	97
4.1.2.2.1 <i>Afirmando que não houve mudanças comportamentais e/ou de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe</i>	99
4.1.2.2.2 <i>Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe</i>	100
4.1.2.2.3 <i>Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe</i>	104
4.1.2.3 Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável	109
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	112
5.1 Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações de enfermagem	114
5.1.1 <i>Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto</i>	114
5.1.2 <i>Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver</i>	116
5.1.3 <i>Relatando possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata</i>	118
5.1.4 <i>Reconhecendo a importância das orientações para auxiliar no modo de viver</i>	122
5.2 Conhecendo comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata	124
5.2.1 <i>Contando comportamentos e atitudes dos filhos antes da doença do pai/mãe</i>	125
5.2.2 <i>Relatando comportamentos e atitudes dos filhos após a doença do pai/mãe</i>	126
5.2.3 <i>Reconhecendo a mudança de comportamento e de atitudes para um viver saudável ...</i>	130

6 PARADIGMA SISTÊMICO E O ENFOQUE NO ECOSSISTEMA DOMICILIAR: Síntese reflexiva	133
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	154
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	154
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa-entrevista.....	156
Apêndice C – Autorização da instituição para o desenvolvimento da pesquisa.....	157
Apêndice D – Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa da A.C, Santa Casa do Rio Grande	158
Apêndice E – Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde – CEPAS; FURG.....	159
Apêndice F – Convite para participar da pesquisa	160
Apêndice G – Relatório de atividades de intercâmbio internacional de doutorado, na Escola Superior de Enfermagem de Porto, Portugal	161
Apêndice H – Artigo 1 – Sobre o intercâmbio internacional de doutorado, na Escola Superior de Enfermagem de Porto, Portugal	168
Apêndice I – Artigo 2 – Possibilidades, dificuldades e potencialidades de um intercâmbio de doutorado internacional em Enfermagem: relato de experiência.....	171
Apêndice J – Artigo 3 – Paradigma Sistêmico e o Enfoque no Ecosistema Domiciliar reflexões para a promoção da saúde	179
Apêndice K – Artigo 4 – Ambiente, Saúde e Enfermagem no Contexto Ecosistêmico.	190
ANEXOS	195
Anexo A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande.....	195

APRESENTAÇÃO

Este estudo apresenta como tema central o Ecossistema Domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata, e foi direcionado para as inter-relações neste ambiente, quais sejam: influência dos profissionais da enfermagem/saúde no contexto domiciliar; e mudanças de comportamento e atitudes dos filhos por meio de orientações profissionais.

O ecossistema é compreendido como uma comunidade de organismos que formam um espaço/ambiente/território, interagem, se inter-relacionam e são interdependentes entre si, mantendo uma relação com todos os elementos do ambiente em que vivem, sendo o ser humano um dos elementos desta comunidade (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

Neste estudo, o foco é o ecossistema domiciliar, entendido como uma unidade de elementos físicos e sociais, formando uma totalidade que se inter-relaciona, constituindo o espaço/ambiente, com múltiplas interações e interconexões, influenciando e sendo influenciado por elementos intrínsecos e extrínsecos desse espaço. As interações neste ecossistema ocorrem entre pais-filhos-irmãos, demais familiares e componentes abióticos pertencentes a esse ambiente. Além disso, existe uma estreita relação com os organismos que constituem o entorno desse ambiente. Devido a esse enfoque, o estudo teve como referencial teórico-filosófico a perspectiva sistêmica com a abordagem ecossistêmica, pautada, principalmente, no referencial/obras de Ilya Prigogine.

Por meio do conhecimento, compreensão de inter-relações vislumbradas no ecossistema domiciliar, permeados pela constante interconexão dos dados observados das reflexões e análises realizadas, em especial, a comparativa, conforme corrobora a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), método utilizado nesta pesquisa, foi possível a construção da teoria formal intitulada: **Compreendendo possibilidades interativas de orientações de Enfermagem/Saúde no Ecossistema Domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes.**

Assim, esta Tese, no intuito de propiciar melhor visualização dos tópicos que se deseja enfatizar, apresenta-se delineada em capítulos. Com esse propósito, o Capítulo 1 destaca o estado da arte, a vivência da pesquisadora principal em consonância com a temática, questões de pesquisa, justificativa, tese e objetivos. O Capítulo 2 apresenta a revisão de literatura com o enfoque de três subcapítulos, destacando-se: Morbidades cardiovasculares na perspectiva ecossistêmica; O ecossistema domiciliar e o modo de viver dos filhos de pai/mãe cardiopata; e

Promoção da saúde possibilitada pelo conhecimento da enfermagem/saúde com enfoque ecossistêmico nas morbidades cardiovasculares.

No Capítulo 3 explora-se detalhadamente a metodologia utilizada para este estudo, destacando-se o método da TFD, bem como o modo como a pesquisa foi conduzida. O Capítulo 4 descreve os resultados obtidos na pesquisa, a partir do Modelo Teórico construído em relação à teoria formal: **Compreendendo possibilidades interativas de orientações de Enfermagem/Saúde no Ecossistema Domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes.**

No Capítulo 5 as sete categorias que compõem a teoria formal foram discutidas, uma a uma, com base em outros estudos publicados e disponíveis em bases de dados nacionais e internacionais, levando-se em conta, também, outras obras presentes na literatura, em especial, no enfoque sistêmico e seus princípios. O Capítulo 6 apresenta uma reflexão teórico-filosófica do objeto em estudo, por meio das relações e interações do ecossistema domiciliar. Por fim, no Capítulo 7 apresentam-se as considerações finais da pesquisa.

Destacam-se, ainda, ao término do estudo, um **Relatório do Intercâmbio Acadêmico Internacional**, Estágio de Doutorado, realizado com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, na cidade do Porto, Portugal, com destaque para as atividades realizadas, potencialidades, possibilidades e dificuldades encontradas neste processo, e quatro **Artigos** que emergiram da temática da tese, seja em relação ao tema e/ou ao referencial teórico.

1 INTRODUÇÃO

É por não estar limitada pelo instinto ou só pelos processos biológicos que a humanidade possui uma história, que as gerações se sucedem, mas não se assemelham em tudo...

FERRY

Na contemporaneidade evidencia-se uma diversidade de acontecimentos políticos, econômicos, socioculturais e ambientais que interferem em diversos aspectos do viver humano. Essas evidências demonstram as inúmeras relações e inter-relações que se processam entre os sistemas que impulsionam os eventos para uma perspectiva dinâmica da vida, levando a emergir novos paradigmas.

Os novos paradigmas, pautados nessas perspectivas, sinalizam para distintas possibilidades, induzem a repensar a inter-relação entre os diferentes sistemas e suscitam reavaliar as interações dos seres humanos, em um ambiente instável (PRIGOGINE, 1996). Nos espaços/ambientes instáveis nascem caminhos e/ou bifurcações que podem ser seguidos pelo ser humano ao buscar conhecimento, criar novas visões de mundo, interagir com o espaço, ou seja, o *locus* onde os seres humanos estão inseridos, e assim alcançar a sustentabilidade. Essas bifurcações emergem em pontos especiais onde a trajetória seguida por um sistema se subdivide em ramos (PRIGOGINE, 2009).

Essa metáfora das ciências da complexidade pode ser aplicada à sociedade como um todo, na qual um evento implica no aparecimento de uma nova estrutura social e, depois de uma bifurcação, as flutuações são os resultados das ações individuais e/ou coletivas empenhadas pelos seus componentes. Ainda nessa perspectiva, as bifurcações existentes são, simultaneamente, além de segurança de vitalidade, sinais de instabilidade em uma sociedade. As mesmas ocorrem porque os elementos que constituem um sistema interagem entre si na busca de um equilíbrio dinâmico. Nessa acepção, os sinais de instabilidade existentes em uma sociedade podem surgir em espaços/ambientes cujo impacto dinâmico condiciona modificações, tanto quantitativas como qualitativas, nas formas de pensar, agir e sentir das pessoas. Assim, os avanços inevitáveis do mundo e das ciências, acrescidos aos limites do próprio pensamento humano, emergem para uma nova visão de mundo, culminando em um pensamento mais complexo e colaborando para a busca de explicações mais adequadas à compreensão do saber científico.

Nesse constructo, o ecossistema é entendido como um conjunto de elementos de um determinado espaço/tempo que se inter-relacionam, formando uma unidade. É, portanto,

composto por uma comunidade de organismos, bióticos e abióticos, que interagem entre si, são interdependentes e se influenciam mutuamente. Sob este olhar sistêmico, o ser humano compõe um dos elementos integrantes dessa comunidade. Do mesmo modo, o conjunto de elementos que constitui e estrutura o ecossistema, no contexto da enfermagem/saúde, forma redes de cooperação e de interligação, que otimizam o trabalho da enfermagem e, com isso, direcionam para ações coletivas em saúde, de modo a viabilizar a sustentabilidade (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

Portanto, para fundamentar este novo pensamento, o ecossistêmico, criam-se referenciais de cunho dinâmico, inter-relacional, integrativo, cooperativo e, sobretudo, importantes para o entendimento dos eventos que acontecem entre os sistemas. Esse paradigma compreende um novo modo de pensar para a obtenção de soluções às questões emergentes na atualidade, e estas devem ser aproximadas, interconectadas, interdependentes e contextualizadas, para serem coerentemente compreendidas em um mundo de possibilidades.

Nessa assertiva, há que se romper com o determinismo, com o equilíbrio, com a equivalência, pois, segundo Prigogine (1996), a descoberta de novas propriedades da matéria associadas ao não equilíbrio conduziu ao viver em um mundo dinâmico, baseado em sistemas instáveis, num mundo de possibilidades, onde a ‘desordem’, ao contrário do que se pensa, tem um papel construtivo. Corroborando com essa ideia, Vasconcelos (2002) expôs que, ao distinguir as relações presentes no sistema, o ser humano estará visualizando um processo em curso, dinâmico, em constante mudança e evolução, além de auto-organizador, com o qual não poderá pretender ter uma interação instrutiva, porém, estará assumindo uma postura de instabilidade, imprevisibilidade e incontrolabilidade do sistema.

As flutuações no sistema da saúde elencam aspectos de caráter inter-relacional, multidimensional e integrador, pautados nas múltiplas dimensões humanas: biológicas, sociais, psicológicas, espirituais, e outras, que se entrelaçam e inter-relacionam com o ambiente no qual as pessoas se encontram e que podem ou não transitar pelo atendimento em saúde na busca do equilíbrio dinâmico e da sustentabilidade.

No pensamento ecossistêmico, as imbricações e contribuições na estruturação de todo processo produtivo podem ser a fonte inovadora na produção em saúde, enfatizando a interdependência entre os seres, mostrando que tudo é inter-relacional em todos os pontos, como parte de uma totalidade ecológica (SCHWONKE; HAMMERSCHMIDT; DEI SVALDI et al., 2009).

Com base nessa perspectiva, os elementos que constituem uma realidade abarcam elementos bióticos (sociais) e/ou abióticos (físicos), constroem redes em busca do

desenvolvimento sustentável, harmonioso e saudável (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009). No entanto, as ferramentas disponíveis, na atualidade, tais como os recursos tecnológicos e as complexas tecnologias em saúde, bem como os processos formativos nessa área, nem sempre são adequados para resolver os problemas existentes. Destarte, há necessidade, constante, de gerar novas informações e desenvolver maneiras mais efetivas de construir novas tecnologias, para promover a saúde e reduzir as morbimortalidades. No contexto atual, a promoção da saúde e a prevenção de doenças podem ser percebidas sob diversos enfoques, e essa visualização emerge de situações vivenciadas, experienciadas e de atitudes e comportamentos, assumidos individualmente pelas pessoas.

Pautado nesses enfoques, Rodrigues (2001) conceituou atitude como um aglomerado de crenças e cognições, arraigado de carga afetiva a favor ou contra um determinado objeto definido, e que, como resultado, predispõe a uma ação coerente em função das cognições e afetos deste mesmo objeto. Apesar dessa caracterização, Aquino, Correia, Marques et al. (2009) clarificaram que, mesmo sendo as atitudes consideradas precursoras de comportamentos, não se deve acreditar veementemente que para supor um comportamento de uma pessoa basta conhecer suas atitudes, pois em situações denominadas concretas nem sempre as pessoas agem de acordo com suas atitudes.

Neste mesmo pensamento, Mesquita e Duarte (1996) conceituaram comportamento como uma atividade ou conjunto de atos de uma pessoa, desencadeado por meio de um estímulo, ou seja, é a resposta do organismo ou reação deste mediante uma situação em um determinado contexto.

Aquino, Correia, Marques et al. (2009) apontaram que o ser humano é o único que pode, de modo consciente, direcionar e escolher as suas ações, propiciando claramente suas intenções por meio de suas atitudes. Sugeriram, ainda, que as atitudes ocupam um espaço importante na vida das pessoas, influenciando e coinfluenciando muitas decisões e comportamentos, ocorrendo, portanto, à medida que os sujeitos se relacionam com os ecossistemas e que formam atitudes em relação aos mesmos.

A circularidade desses enfoques e as inter-relações básicas do ecossistema domiciliar são, portanto, alicerçadas nesses aspectos e nas experiências profissionais vividas. Considera-se que, no contexto contemporâneo, uma das preocupações emergentes, em termos do processo saúde/doença, está nas transformações ecossistêmicas que envolvem as sociedades modernas ao longo do tempo e que modificam substancialmente os ambientes onde estas estão inseridas. A busca pela reorganização de suas vidas, neste estudo com enfoque nos filhos que convivem com pais cardiopatas, com base em novas atitudes, comportamentos, e

estes subsidiando o modo de viver, na maioria das vezes, encontra dificuldades de acesso, ao acolhimento e às condições de vida mais saudáveis. Esses entraves podem repercutir em padrões de adoecimento e caracterizar o elevado índice de algumas morbidades e comorbidades.

Nessa dimensão, asseveram-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), em especial, as cardiovasculares que, atualmente, constituem uma das principais causas de morbimortalidade mundial e ocasionam mudanças no contexto social, biológico, psicológico e espiritual do viver humano. Esse fenômeno encontra-se ligado aos princípios ecossistêmicos da circularidade, interdependência, cooperação e influência mútua entre os elementos constituintes de um espaço/território/ambiente que o todo mantém entre si.

Nessa perspectiva, o espaço coabitado por seres humanos com patologias cardiovasculares suscita modos de viver com características próprias, influenciadas pelos seus aspectos constituintes. Tais características podem possibilitar o desencadeamento de morbidades e comorbidades semelhantes, pelo fato de visualizar, viver e conviver em um contexto onde o pensar, o agir e as demais relações desencadeadas pelos elementos estruturantes desse espaço, podem ser coinfluenciadas pelos sujeitos que habitam este mesmo contexto ambiental.

Em analogia com o exposto, Massoni (2010) enfatizou que em situações de equilíbrio tudo é simples, estável, e não há diversidade na entropia, ou seja, na desordem. Assim, longe do equilíbrio pode aparecer o instável, do qual emerge a possibilidade de formação de estruturas complexas e delicadas. As estruturas biológicas, a auto-organização e a vida somente são possíveis distantes do equilíbrio, neste caso o ‘caos’, aqui designado como as morbidades cardiovasculares. O complexo ambiente que as envolve assume um papel construtivo, na medida em que se investiga o ecossistema domiciliar vigente na busca por detectar possibilidades de interações para a promoção da saúde. Isto porque, se existir a negentropia ou entropia negativa num sistema, ele desenvolve forças contrárias à entropia. Esses princípios sistêmicos levam a considerar que o ecossistema domiciliar sobrevive longe do equilíbrio, pois é a partir da instabilidade que podem surgir ações eficazes de promoção da saúde.

Apesar dos inúmeros recursos tecnológicos e tecnologias em saúde, disponíveis para o diagnóstico, tratamento, formas de promoção à saúde e prevenção de doenças que possibilitam um viver cardiológico mais saudável e uma qualidade de vida melhor, vislumbra-se uma expectativa de eventos cardiológicos cada vez mais cedo na população mundial. Estudos demonstram que as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte

no mundo e no Brasil (GAZIANO; GALEA; REDDY, 2007; SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE, 2004; SCHMIDT; DUNCAN; SILVA et al., 2011). Alguns indicadores revelam que o aumento da morbidade e mortalidade em países de baixa e média renda deve-se à maior longevidade, associada ao possível aumento da incidência dessas morbidades por adoção de modos de vida com maior exposição a fatores de risco, sendo esta última a principal razão desse aumento. Além disso, deve-se considerar o fato de que a alta incidência destas doenças, em parte, deve-se a modos de viver que propiciam o desenvolvimento de fatores de risco (SPINEL; PUSCHEL, 2007).

Os fatos em destaque podem gerar correlação entre alguns fatores de risco, como: o sedentarismo, a alimentação e o estresse, baixa renda e infraestrutura. Tais fatores são substancialmente preponderantes, em alguns países, dada a situação social, econômica e do meio ambiente, que pode influenciar individualmente ou em associação. Torna-se relevante considerar que, além da adoção de estilos de vida mais saudáveis, no intuito de minimizar a ocorrência desses agravos, a enfermagem/saúde deve buscar abordar questões referentes ao ambiente onde as pessoas estão inseridas, pois, neste, poderão ser encontradas algumas respostas acerca da progressão destas doenças, principalmente, ao analisá-las na perspectiva ecossistêmica.

Esse dado é salientado, quando se evidencia que o quadro que caracteriza as sociedades contemporâneas revela que, no contexto ecossistêmico, a relação estabelecida entre os seres humanos está ocasionando impactos cada vez mais complexos nas condições de vida da população e na capacidade de suporte planetário, o que influencia na garantia da qualidade de vida das gerações futuras e possibilita a disseminação de doenças crônicas não transmissíveis com foco nas cardiovasculares (JACOBI, 2006).

As doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais, sendo 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva (BRASIL, 2004). No Sistema Único de Saúde (SUS), essas doenças foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhão de internações; representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros (ARAÚJO; FERRAZ, 2005).

Concordando com esse enfoque, Schimidt, Duncan, Silva et al. (2011) enfatizaram que as DCNTs se tornaram a principal prioridade na área de saúde no Brasil. Além disso, são problemas de saúde globais, uma ameaça ao desenvolvimento humano. Complementaram apontando que em 2007 mais de 70% das mortes no Brasil foram atribuídas a elas e, dentre

estas, destacam-se as doenças cardiovasculares que, apesar de sua diminuição em termos de mortalidade nos últimos anos, cresceu em morbidade e danos a elas atribuídos.

Paim, Travassos, Almeida et al. (2011) relataram que a transição epidemiológica de doenças infecciosas para doenças crônicas, na atualidade, ocorreu em um contexto onde o desenvolvimento econômico e social foi marcado por avanços sociais importantes e pela resolutividade de problemas de saúde pública relacionados às doenças infecciosas. Além disso, a transição demográfica no Brasil condicionou o crescimento da população idosa e adulta, faixa etária propícia ao desencadeamento de doenças crônicas.

Nessa direção, os enfoques ecossistêmicos importantes não podem ser esquecidos, como o crescimento da renda, industrialização e mecanização, urbanização, maior acesso a alimentos em geral e globalização de hábitos não saudáveis. Tais fatores expõem a população, cada vez mais, ao risco de desenvolver doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares (MONTEIRO; MONDINI; SOUZA et al., 2000).

A experiência/vivência de ser acometido por uma doença crônica, em especial as cardiovasculares, não se limita unicamente ao indivíduo portador da doença. Esse fato, visto ecossistemicamente, agride e compromete a vida de todos aqueles que fazem parte do convívio diário, representados, nesse caso, pelos familiares, em especial, os filhos de cardiopatas. Logo, a doença atinge o indivíduo portador, mas, também a vida e o bem-estar social de todos aqueles que fazem parte da sua rede de relações ecossistêmicas.

Nessa linha de pensamento, os filhos de indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares visualizam, vivenciam e experienciam no cotidiano essa problemática e, nesse enfoque, devem ser consideradas as possibilidades de desenvolverem essas morbididades. Castells (1999) abordou que nos níveis da experiência humana os processos ecossistêmicos interagem em um determinado momento histórico, no sentido de conformar vivência do espaço e do tempo. Assim, a sociedade em rede, permeada pela circularidade e a interdependência, induz para a instabilidade do sistema que, embora complexa em seu entorno, é estudado na tentativa de se estabelecer um papel construtivo na ordem/desordem vigente (MASSONI, 2010).

Sherr, Magalhães, Silva et al. (2000) demonstraram em seus achados que, possivelmente, o nível socioeconômico influencia negativamente na presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares, especulando-se que, no caso de crianças que não têm recursos próprios, a situação de pobreza as leva a um perfil de risco direcionado às cardiopatias e, quando crescem e começam a ter alguma possibilidade de decisão em relação aos seus estilos de vida, associada à falta de informação, perdem a proteção inicial que têm, e

passam a correr um risco ainda mais elevado, risco este associado à pobreza e à falta de informação. Desse modo, reside a importância de abordar precocemente este segmento da população, ou seja, as crianças e/ou filhos de pais acometidos por doenças cardiovasculares, para ações de prevenção às morbidades e de promoção da saúde.

Os questionamentos e as inquietudes em relação à temática em pauta são oriundos da vivência como enfermeira assistencial na área cardiológica, e como docente ao acompanhar os discentes nas suas experiências e vivências profissionais iniciais. Tem-se que as DCNTs, em especial as cardiovasculares, tendem a emergir em idades mais avançadas pelo próprio processo senescente. Entretanto, em diversas oportunidades, a experiência demonstrou, e visualizou-se na prática, a precocidade de eventos cardiológicos, tendo em vista sua ocorrência cada vez mais cedo, em idades consideradas precoces pela literatura.

Com base no exposto, tem-se como **questões norteadoras:**

O ecossistema domiciliar de pais portadores de morbidades cardiovasculares possibilita atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente?

O cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, é capaz de dissipar estas atitudes e comportamentos nos filhos?

O estudo **justifica-se** pelo fato de que, ao conhecer as influências que essas patologias causam ao conjunto familiar e nos demais elementos constituintes desse espaço ecossistêmico, existe a possibilidade de planejar ações e tecnologias em saúde mais específicas em prol da promoção da saúde desse grupo. Além disso, em virtude da escassez de estudos similares no Brasil, e alicerçada em um referencial teórico-filosófico, essa proposta pode contribuir na organização/ estruturação de instituições de saúde, referências em doenças crônicas, em especial, as cardiovasculares, e, sobretudo, abordar um novo enfoque, o ecossistêmico.

Ao olhar o estudo nesta perspectiva de cunho dinâmico e inter-relacional, acredita-se na possibilidade da deliberação de inter-relações entre famílias e profissionais de saúde, auxiliando na produção do novo conhecimento, tecnologias em saúde, para o cuidado de enfermagem nessa área específica. Acredita-se ser fundamental produzir novos conhecimentos com o propósito de auxiliar na minimização de uma das principais causas de morbimortalidade mundial. O cenário familiar natural poderá facilitar a coleta dos dados, dando expressão significativa aos resultados desta pesquisa.

A compreensão das influências do ambiente e das morbidades cardiovasculares pode ser capaz de produzir subsídios para a formulação de novas políticas públicas no contexto das

doenças cardiovasculares, ou, ainda, propiciar uma reorganização das já existentes, trazendo outras possibilidades de atenção, além de direcionar e qualificar o cuidado em enfermagem/saúde.

Assim, neste estudo, considera-se que existem inúmeras possibilidades de reconstrução do processo de promoção à saúde, favorecendo melhor interação entre os filhos de indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e o ambiente no qual vivem e se desenvolvem. Apesar de saber que esse processo é complexo, pois cada um dos elementos integrantes do processo é diferenciado internamente, entende-se que o estudo poderá vinculá-los a princípios teórico-filosóficos, estabelecendo a corresponsabilidade do ato de cuidar de sua saúde com base na perspectiva ecossistêmica.

Alicerçada nesse contexto, tem-se como **TESE**:

O ecossistema domiciliar de pais portadores de morbidades cardiovasculares possibilita atitudes e comportamentos que corroboram para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente e que, por meio do cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, é capaz de dissipá-las.

1.1 Objetivos

Apresentam-se como objetivos:

Gerais:

- ✓ compreender a possibilidade de o ecossistema domiciliar, de pais portadores de morbidades cardiovasculares, propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente;
- ✓ compreender como o cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, é capaz de dissipar estas atitudes e comportamentos nos filhos.

Específicos:

- ✓ caracterizar o espaço/ambiente domiciliar de filhos de pais que vivenciam morbidades cardiovasculares;
- ✓ identificar, no ecossistema domiciliar, os fatores que possibilitam atitudes e comportamentos desfavoráveis nos filhos de pais que vivenciam morbidades cardiovasculares;

- ✓ construir um modelo teórico com ações interativas de promoção de saúde domiciliar para a dissipação de atitudes e comportamentos que corroborem para o desencadeamento de morbididades cardiovasculares.

2 REVISÃO DE LITERATURA

*As escolhas, as possibilidades, as incertezas são, ao mesmo tempo,
propriedades do universo e da experiência humana...*

PRIGOGINE

A revisão de literatura que proporcionou suporte ao processo de pesquisa foi definida por meio de estudos publicados na área. Os tópicos desenvolvidos que ofereceram sustentação a essa proposta são: **Morbidades cardiovasculares na perspectiva ecossistêmica**, com destaque ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis e ao enfoque do ambiente neste desencadeamento; **Ecossistema domiciliar e o modo de viver dos filhos**; e **Promoção da saúde possibilitada pelo conhecimento da enfermagem/saúde com enfoque ecossistêmico nas morbidades cardiovasculares**.

2.1 Morbidades cardiovasculares na perspectiva ecossistêmica

O conhecimento e as ferramentas disponíveis na atualidade nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes. Essa defasagem pode estar relacionada aos processos formativos nessa área, na complexificação constante dos serviços e recursos tecnológicos, como, até mesmo, na insuficiente construção do conhecimento em relação à saúde. Desse modo, há uma necessidade constante de gerar novas informações e desenvolver maneiras mais efetivas de promover e proteger a saúde, bem como de reduzir as doenças.

A partir de 1990 intensificou-se, no cenário internacional, o debate sobre a função da pesquisa nos sistemas e serviços de saúde. Entre os atores que lideram esse processo destacam-se o *Council on Health Research for Development* (COHRED) e o *Global Forum for Health Research*. Esses organismos internacionais têm como foco principal os países em desenvolvimento, e ambas as organizações internacionais atuam de modo complementar, buscando fortalecer a pesquisa em saúde nas agendas nacionais, regionais e globais, na perspectiva de promover o desenvolvimento e reduzir as iniquidades em saúde (BRASIL, 2007). Tornam-se relevantes a capacidade de produzir ciência, tecnologia e inovação para a melhoria da saúde da população e o avanço no desenvolvimento do país, bem como contar

com instituições apropriadas de ensino e formação em ciência e tecnologia (ERDMANN; LANZONI, 2008).

No âmbito da enfermagem, como ciência, muitas são as pesquisas realizadas nos mais diversos contextos, porém, é preciso avaliar as necessidades de saúde da população para que, em função destas, se possa criar e subsidiar pesquisas que se direcionem ao alcance destas prioridades. Entretanto, há alguns desafios a serem enfrentados, dentre eles, aumentar a taxa de incorporação do conhecimento científico e tecnológico em novos processos e produtos como, por exemplo, no processo de cuidado, capazes de atender às necessidades e aos desejos da população brasileira (GUIMARÃES, 2006).

A *World Health Organization* (WHO) assinalou inúmeros determinantes para programas em saúde pública que deveriam ser mencionados e estudados, tendo em vista que corroboram com as necessidades de saúde da população. Dentre as temáticas enfatizadas cita-se a *Cardiovascular disease: equity and social determinants*, onde essas morbidades são apontadas como um problema de saúde pública que contribui para uma mortalidade anual global de 30% da população e 10% de doenças colaboram para aumentar os custos com a saúde (WHO, 2010).

Dentre essas doenças destacam-se a cerebrovascular, doenças reumáticas cardíacas e doenças de Chagas. Corrobora-se, ainda, que, dentre os determinantes em saúde, as doenças coronarianas e cerebrovasculares apresentam uma larga contribuição no que tange às sequelas em saúde, tendo em vista a exposição dos sujeitos aos inúmeros fatores de risco que colaboram para seu desencadeamento, incluindo o baixo nível socioeconômico, a dieta, o sedentarismo, a obesidade, a idade e a história familiar (WHO, 2010).

Percebe-se que a ordem elencada quanto aos fatores de risco para o desencadeamento dessas morbidades não é a mesma que o Ministério da Saúde expõe, visto que este apresenta as condições socioeconômicas como último fator de risco (BRASIL, 2007). A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, bem como a Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõem o custo socioeconômico aliado à mortalidade como primeira prioridade para as pesquisas relativas à temática das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2008b; WHO, 2010).

Nesse constructo, a observação da realidade e a contemporânea reflexão teórica têm emergido em abordagens que possibilitam trabalhar a complexidade das questões socioambientais e sua relação com a saúde humana, evidenciando que, de acordo com a intensidade, frequência e distribuição da diferença de riqueza entre grupos sociais no atual mundo globalizado, maior se torna a possibilidade de interação dos problemas relacionados

com a exclusão social (NETTO, 2009). Essa situação pode levar a direcionar para modos de viver que possibilitem o desencadeamento de doenças, não de modo isolado, mas contextualizado e inserido na complexa rede de interações entre as pessoas, em especial, no ambiente familiar.

As DCNTs, em especial, as cardiovasculares, constituem uma das principais causas de morbimortalidade mundial e geram mudanças no contexto social, biológico, psicológico e espiritual do viver humano. Esse fenômeno encontra-se ligado à circularidade, à interdependência e à influência que os elementos constituintes de um espaço/território/ambiente de um todo mantêm entre si.

Nessa perspectiva, o espaço coabitado pelos seres humanos com patologias cardiovasculares suscita modos de viver com características próprias. Elas podem possibilitar o desencadeamento de morbidades e comorbidades pelo fato de viver e conviver em um contexto onde o pensar, o agir e as demais relações desencadeadas pelos elementos estruturantes desse espaço podem ser influenciadas pelos sujeitos que habitam este mesmo contexto ambiental.

Apesar das inúmeras tecnologias vigentes, tratamentos, formas de promoção à saúde e prevenção de doenças que possibilitam um viver cardiológico mais saudável e contemplam, neste aspecto, uma melhor qualidade de vida, vislumbra-se uma expectativa de eventos cardiológicos cada vez mais cedo na população mundial. Esse enfoque é explicado por Strong, Mathers, Leeder et al. (2005) ao apontarem que, na área das doenças crônicas, desde 2001 há o alerta para o risco da migração das doenças crônicas, em especial, a epidemia de doenças cardiovasculares para os países em desenvolvimento, os de média e baixa renda, decorrente do envelhecimento populacional, da urbanização e do aumento da capacidade de consumo destas populações.

Nessa perspectiva, o espaço/território/ambiente onde as pessoas estão inseridas exerce, de forma dinâmica e constante, influências mútuas entre os elementos que o formam e suscita modos de viver com características próprias, que possibilitam o desencadeamento de melhor ou pior qualidade de vida. Desse modo, houve a necessidade de estudar determinadas áreas do conhecimento para estabelecer respostas confiáveis a alguns questionamentos já que, por definição, o viver humano é uma dimensão complexa que segue a dinâmica das populações em suas diferentes culturas, valores e crenças (LENTZ; COSTENARO; GONÇALVES et al., 2000).

Para Malta, Cezário, Moura et al. (2006) a transição epidemiológica redundou em um novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional, quanto às

características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Assim, a mudança nos padrões de ocorrência das doenças tem imposto, constantemente, novos desafios, não somente para gestores como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem no desencadeamento dessas doenças.

Zamberlan, Calvetti, Deisvaldi et al. (2010) consideraram relevante ponderar que os inúmeros aspectos do viver humano se inter-relacionam com o ambiente onde os sujeitos estão inseridos e necessitam de atenção, no intuito de permitir o equilíbrio e a sustentabilidade de todos os que participam desta totalidade.

Com base nessas considerações e reportando-se ao constructo ecossistêmico da saúde, discute-se que, atualmente, as DCNTs, em especial as cardiovasculares, corroboram com o maior número de internações pelo SUS. Esses dados se fundamentam em estudos que expõem, especialmente no Brasil, que as doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de óbito. Em 2007 foram 308.466 óbitos e, além disso, as DCVs são responsáveis por alta frequência de internações em 2007, alcançando o escore de 1.157.509 internações pelo SUS. Em 2001, 7,6 milhões de mortes no mundo foram devidas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico (BRASIL, 2011). Mudanças nesse âmbito configuram-se como desafios para a saúde pública, pois essas doenças têm forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos, e, além de causarem morte prematura, geram subestimados efeitos econômicos adversos para famílias, comunidades e a sociedade em geral.

Costa, Silva e Carvalho (2011) apontaram que, apesar da reconhecida possibilidade de prevenção dessas doenças, em especial as cardiovasculares, por meio do controle periódico de diferentes fatores e da adoção de hábitos de vida saudáveis, durante muitos anos não se observou, por parte das instâncias dos governos federal, estaduais e municipais, a adoção de políticas específicas e amplas medidas de intervenção, que permitissem uma articulação de ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento sistemático e tratamento.

Consolidar o sistema de prevenção às DCNTs em todas as esferas do SUS é relevante para o cenário nacional. Nessa acepção, suas ações possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e seus fatores de risco, além de permitirem identificar os condicionantes sociais, econômicos e ambientais. Esse conhecimento pode oferecer subsídios fundamentais ao planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas. Além disso, faculta estabelecer diretrizes e metas para a reorganização do SUS, investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do usuário/cliente às unidades de saúde para o tratamento e

acompanhamento, promovendo a (re)estruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores.

Nessa perspectiva, as morbidades e comorbidades cardiovasculares têm se modificado de maneira expressiva, apresentando relevância no ambiente de cuidado mundial da saúde. Guimarães, Avezum e Piegas (2006) relataram que se estima para 2020 um crescimento acelerado das doenças cardiovasculares nos países em desenvolvimento, representando uma importante questão de saúde pública. Afirmaram que, atualmente, esses países são responsáveis por 76% de excesso em óbitos por doenças cardiovasculares. De acordo com as projeções para 2020 as doenças cardiovasculares permanecerão como a principal causa de mortalidade e incapacidade e, como resultado, custos alarmantes em saúde.

Ao olhar essa questão de saúde sob este ângulo, devem ser considerados, além de fatores inerentes ao ser humano, o ambiente onde os sujeitos estão inseridos e fazem parte dessa unidade/totalidade. Schmidt, Duncan, Silva et al. (2011) corroboraram com o fato de que intervenções ambientais são necessárias para responder à minimização dessas patologias.

Assim, a vigilância em DCNTs, com ênfase nas cardiovasculares, deve apontar para a ótica ecossistêmica e para seu estudo, no qual deve ser considerada a adoção de modos de vida com maior exposição a fatores de risco. Dentre estes, citam-se, de acordo com Silva Júnior (2006), os não modificáveis, como o sexo, a idade e a herança genética, e os modificáveis/comportamentais, quais sejam: tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas, que são potencializados pelos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.

A temática exposta pela tese se inter-relaciona com estes condicionantes. Assim, o enfoque deve ser direcionado para a redução dos níveis de exposição das pessoas e das coletividades aos principais fatores de risco, reduzindo, dessa forma, a mortalidade precoce por DCV, minimizando, também, as desigualdades em saúde e fortalecendo redes para a prevenção dessas morbidades e comorbidades, bem como a promoção da saúde.

Além disso, ao se considerar os fatores de risco e o modo de viver das pessoas, viabilizam-se, de acordo com Brasil (2008), oportunidades de diagnóstico precoce, monitoramento de fatores de risco e mudanças de comportamento, o que pode fazer a diferença nas DCVs, seja nas taxas de mortalidade ou nas incapacidades prematuras, sem desprezar a autonomia das pessoas na escolha pelo seu modo de viver.

Por meio desta complexidade emergente relacionada às DCVs, seus fatores de risco e modos de viver, o sistema começa a explorar novas estruturas e tipos de organizações espaço-temporais que se denominam como estruturas dissipativas, ou seja, não se referem mais a

certezas, e sim a possibilidades (PRIGOGGINE, 2009). Possibilidades estas de atuação profissional para a minimização destas morbidades, comorbidades e, sobretudo, uma melhora na qualidade de vida das pessoas envolvidas.

Para que ocorra um equilíbrio dinâmico nesse contexto, é necessária uma nova visão da realidade. Segundo Capra (2002) e Siqueira (2001), esta visualização da realidade é trabalhada de acordo com o pensamento sistêmico com a interdependência dos fenômenos físicos, biológicos, sociais, espirituais e culturais, da área geográfica delimitada e considerada, o que faz com que o mundo seja visto em termos de relações e integração pela concepção sistêmica.

Em suma, enfatizar as DCVs na perspectiva ecossistêmica suscita, para Santos, Siqueira e Silva (2009), olhar o ecossistema em um determinado espaço/ambiente do planeta, num determinado instante/tempo, onde existem seres animados/vivos/bióticos e inanimados/abióticos em interação. Nesse ambiente o inter-relacionamento entre os seres, elementos constituintes deste espaço, é fundamental para a sustentabilidade e convivência saudável.

Pautado sob estas novas perspectivas, repensar a inter-relação entre ambiente e DCV gera necessidade de reavaliar as interações existentes entre os seres humanos, bem como sua inserção em um ambiente instável, pois o caos é sempre uma consequência de fatores de instabilidade (PRIGOGGINE, 1996). Quando se leva em consideração esse aspecto, pode-se falar de uma reformulação das leis da natureza. Do ponto de vista aqui empregado, as ideias de Prigogine corroboraram para um aprofundamento do escopo de reflexões de ordem científica (FERNANDES, 2006). Assim, a interdependência e a interatividade existentes entre as coisas resgatam a visão de contexto, o que demonstra a teia de interações e relações existentes entre todos os fenômenos (MORAES, 1997).

Essas reflexões, embasadas na concepção sistêmica, permitem a compreensão de que o ambiente direciona-se para profundas mudanças estruturais e, nesse sentido, o enfermeiro, imbuído de conhecimento científico arraigado à concepção ampliada de saúde, em meio ao caos emergente, neste caso, o aumento da incidência de DCVs, necessita buscar uma interligação cada vez mais sólida no contexto ecossistêmico, tendo em vista a sustentabilidade de suas ações e do ambiente.

2.2 O ecossistema domiciliar e o modo de viver dos filhos de pai/mãe cardiopata

Ecossistema pode ser definido como toda unidade que inclua organismos interligados e que funcionem em conjunto em uma determinada área geográfica, espaço físico, com objetivo comum e que interajam com fluxo de matéria e energia (CARNEIRO, 2011). Além disso, o ecossistema deve produzir e contemplar estruturas bióticas definidas que ciclem materiais entre os elementos bióticos e abióticos, no intuito de manter a sustentabilidade de um sistema.

Destaca-se nesse enfoque o ecossistema domiciliar, caracterizado como proximal e relacional, composto por inúmeros subsistemas e, dentre eles, a família e seu modo de viver, como integradora desse ecossistema. Nessa acepção destaca-se que o ecossistema domiciliar é constituído por elementos bióticos, pais, filhos, família e seres humanos e outros seres vivos que interagem neste espaço. Além do núcleo familiar propriamente dito, fazem parte em um sistema maior os elementos que se encontram na vizinhança, na igreja, na escola, na unidade de saúde e a própria comunidade como um todo. Esse ambiente é, ainda, constituído por elementos abióticos, quais sejam, a estrutura física do domicílio, estrutura da escola e igreja, moradia dos vizinhos, ruas, saneamento básico, clima, elementos geográficos, rios, oceanos, planícies, montanhas, dentre outros. Todos estes cenários que, em uma perspectiva ampliada, estão em constante interação com os organismos vivos que constituem o ecossistema domiciliar, possibilitando modificações no modo de viver dos elementos que formam o ecossistema domiciliar.

A família, nesse contexto, é definida como um núcleo com possibilidade de facilitar e promover o desenvolvimento de adultos e crianças nele inseridos. Pela perspectiva das crianças, a família corrobora com um contexto de desenvolvimento e socialização. Em contrapartida, na perspectiva dos pais, é um ambiente de realização pessoal e de desenvolvimento ligado ao adulto e também às etapas posteriores da vida (VALENTE, 2009).

Diferentes vertentes do conhecimento explicam que é o estado de fluxo que caracteriza o estado da vida, a partir da interatividade e da interdependência existentes entre os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Ainda, enfatizam que olhar para a vida significa olhar para redes de componentes, interdependências que caracterizam o ecossistema (MORAES, 2008).

Em analogia com o sistema familiar compreende-se esta interdependência pais/filhos e isso pode ser corroborado pela Teoria Autopoiética, de Maturana e Varela (1995), ao apontar

que se compreende mais facilmente que o ser humano, como ser biológico, realiza-se como tal por meio da materialidade física inserida em um campo vibracional e energético, caracterizado pelas situações que o rodeia. Entretanto, Moraes (2008) enfatizou que, partindo de diferentes teorias, ficou mais fácil entender o ser humano em sua multidimensionalidade.

Assim, discutir a família neste novo paradigma e investigar como cada componente se influencia mutuamente no ecossistema domiciliar torna-se uma possibilidade de entender a dimensão relacional e ecológica da vida, onde a ordem e a desordem, a estabilidade e a dinâmica, as ações e interações, constroem constantemente a realidade do ecossistema familiar. Isto porque, de acordo com Maturana (2001, p.177):

[...] o meio como espaço no qual o sistema funciona como um todo, tem uma dinâmica estrutural independente da dinâmica estrutural que os sistemas contém, apesar de ser modulado pelos encontros com eles. O meio e os sistemas que ele contém estão em mudanças estruturais contínuas, cada um de acordo com sua própria dinâmica estrutural, e cada um modulado pelas mudanças estruturais que eles desencadeiam um no outro através dos encontros recursivos.

Nesse entendimento é possível perceber que a partir da teoria sistêmica se expandiu um novo conceito sobre a necessidade de reorientação da ciência e, assim, emergiu a designação de comunidades como sistemas. Além disso, tornou-se visível a necessidade da abordagem dos sistemas, resultante do fato de os esquemas mecanicistas das séries causais isoladas e do tratamento por partes terem se mostrado insuficientes para contemplar os fundamentos teóricos, em especial, os das ciências biossociais, bem como os problemas práticos instituídos pela tecnologia moderna (BERTALANFFY, 2009).

Com base nessas explicações, acredita-se que foi com o surgimento do aspecto sistêmico, ou seja, da mudança do pensamento mecanicista para o sistêmico, que a relação entre as partes e o todo foi invertida (CAPRA, 2002; RELVAS, 2003; SIQUEIRA, 2001). O pensamento sistêmico explica a interdependência do ambiente, considerando-o como uma unidade/totalidade, enquanto o mecanicista se preocupa e enfatiza as partes.

O termo “sistema” abrange diversos aspectos, corroborando com um amplo e múltiplo espectro de conceitos, dependendo de como é discutido e percebido. Assim, pode referir-se como um conjunto de elementos interdependentes e interagentes ou a um grupo de unidades combinadas formando um todo organizado, onde o resultado é maior do que os resultados das unidades que o compõem se essas funcionassem de modo independente (SIQUEIRA, 2001). Esta mudança de paradigma suscitou, também, modificações no ambiente domiciliar e familiar.

O ponto de vista sistêmico sobre a família emergiu de maneira intrínseca, interligada a movimentos de terapia familiar nos Estados Unidos, inter-relacionados com a integração de conceitos em outras áreas do conhecimento, quais sejam, teoria geral dos sistemas, cibernética e teoria da comunicação humana (BERTALANFFY, 2009; VALENTE, 2009). Na concepção sistêmica, as relações são fundamentais, sendo os próprios objetos designados como redes de relações, inseridos em redes maiores (PEREIRA; SIQUEIRA, 2008).

Reportando esse conceito ao sistema familiar, pode-se dizer que este é um espaço de aprendizagem de dimensões significativas de interação social (ALARCÃO, 2002). Além disso, pode-se inferir que o ecossistema familiar, por ser um sistema vivo, é, de acordo com a ontogenia de todo o ser vivo, passível de uma transformação estrutural contínua (MATURANA; VARELA, 2001).

No paradigma sistêmico, várias são as definições de família, mas, nessa perspectiva, Valente (2009) considerou que há uma preocupação em ir além do nível individual e intrapsíquico, e propôs olhar e trabalhar com a unidade familiar como um sistema aberto de influências com o meio exterior, passando, conforme Gonçalves (2007), a ver e contextualizar o indivíduo como parte de sistemas mais vastos, inserido em redes.

Na perspectiva sistêmica, a família pode ser visualizada como um sistema que é parte de outro maior, composto de muitos subsistemas e, ao mesmo tempo, é uma unidade que faz parte de um suprassistema (GALERA; LUIS, 2002). Como já referido, a família, na perspectiva do ecossistema domiciliar, tem seu entorno composto por vizinhos, organizações, igrejas, instituições de saúde, escolas, dentre outros elementos.

Dessa forma, Maturana e Varela (2001) evidenciaram que o indivíduo vive no mundo e, portanto, faz parte dele, onde ocorre a convivência com outros seres vivos, bem como com os elementos da natureza, e compartilha com eles o processo vital. Assim, o mundo é construído no decorrer da vida e, por sua vez, ele também constrói o indivíduo ao longo deste ciclo comum. Os autores corroboraram com o fato de que, ao viver com um comportamento e ter atitudes que tornam imprópria a qualidade de vida, esta responsabilidade cabe aos indivíduos. A trajetória de cada um na vida faz construir o seu conhecimento de mundo.

Esse enfoque encontra sustentação no fato de que o comportamento está relacionado às mudanças de postura e de posições de um ser vivo em relação a um determinado ambiente, e a atitude mediante um comportamento parecerá ou não adequada de acordo com o ambiente descrito. Além disso, o comportamento dos seres vivos, aqui subsidiado nos filhos de clientes cardiopatas, não é uma invenção do sistema nervoso, o que este sistema faz é expandir o domínio de condutas, ou seja, das atitudes desencadeadas (MATURANA; VARELA, 2001).

Senge (2003) expôs que a perspectiva sistêmica demonstra diversos níveis de explicações, para qualquer situação que se configure como complexa. Nesse enfoque, apontou que o comportamento e as atitudes dos filhos que constituem o ecossistema domiciliar de pais cardiopatas são complexos, inter-relacionais e interativos, formando redes entre estes elementos, constituídos pelos pais, filhos, demais familiares, além dos seres humanos de seu entorno, e interativos, também, com os elementos abióticos que constituem o ecossistema domiciliar.

A função de cada um dos componentes dessa rede é de transformar ou substituir outros componentes, de maneira que a rede como um todo tenha a possibilidade de regenerar-se continuamente, realizando a autopoiese. Esta representa um aspecto importante para a definição sistêmica da vida, ou seja, as redes vivas criam e recriam a si mesmas continuamente, em função das transformações bem como da substituição de seus componentes. É desse modo que as redes apresentam mudanças estruturais e contínuas, ao mesmo tempo em que preservam seus padrões e organização, que sempre se assemelham a teias (CAPRA, 2002).

Foi por meio de processos auto-organizativos decorrentes da dinâmica organizacional que emergiram as unidades relacionais e/ou ecossistêmicas (MATURANA; VARELA, 2001; MORAES, 2008). Assim, o sistema familiar, mais especificamente o ecossistema domiciliar, é relacional, dialógico e interligado, e neste, de acordo com Moraes (2008), tudo o que existe, coexiste, e nada está fora das conexões e das relações.

No ecossistema domiciliar os seres vivos apresentam autonomia, ou seja, são capazes de produzir seus componentes próprios, de modo a interagir com o meio, o que leva à possibilidade de viver no conhecimento e de conhecer no viver (MATURANA; VARELA, 2001). Em analogia com esses autores, Siqueira (2001) enfatizou que um sistema é um conjunto de objetos unidos por alguma forma de interdependência, ou seja, é um conjunto de partes diferenciadas em inter-relação umas com as outras, formando um todo organizado que possui uma finalidade e um objetivo. Capra (2002, p.49) apontou que: “o avanço decisivo da concepção sistêmica da vida foi de ter abandonado a visão cartesiana da mente como uma coisa, e de ter percebido que a mente e a consciência não são coisas, mas processos”.

A partir das relações, dos processos e da mudança de paradigma, emerge neste estudo o enfoque ecossistêmico domiciliar, subsidiado no familiar, pautado nos filhos que convivem com pais que apresentam doenças cardiovasculares. Inseridas nessa conjuntura, aponta-se que as DCVs apresentam fatores de risco extrínsecos, tais como tabagismo, sedentarismo, má alimentação, bem como consumo de álcool e outras drogas, que podem estar inter-

relacionados com os fatores de risco intrínsecos, tais como sexo, idade e herança genética, ou seja, essa integração pode suscitar uma possibilidade maior de desencadeamento dessas morbidades. Em um contexto mais amplo pode-se dizer que a pobreza, o déficit educacional, moradia inadequada e relacionamento interpessoal ineficaz podem ser fatores ecossistêmicos importantes para o desencadeamento de DCVs.

Sabe-se que existe grande influência de fatores biológicos e sociais no perfil de risco de indivíduos que podem desencadear morbidades cardiovasculares (SHERR; RIBEIRO, 2009). Fatores de risco modificáveis podem ser potencializados pelos determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais, condicionantes estes possíveis de serem modificados. Também é necessário considerar que os fatores não modificáveis, como sexo, idade e herança genética, podem sofrer influência dos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, tendo em vista que há, conforme Batistella (2007), uma estreita relação entre saúde e ambiente. E, sob o ponto de vista da saúde e da doença, podem aparecer situações de risco que corroborarão para a possibilidade de intervenção na saúde, propiciando um processo de doença. Mas estas situações podem ser modificadas pelo ecossistema no qual os indivíduos vivem/convivem, se inter-relacionam e se influenciam mutuamente.

Frente a essa perspectiva, em se tratando de morbidades cardiovasculares, Czeresnia (2003) apontou que mudanças no estilo de vida relacionadas aos comportamentos e atitudes relativos à alimentação, aos exercícios físicos, ao fumo, ao álcool, são estratégias relevantes para a prevenção dessas morbidades.

Embora o ecossistema domiciliar seja um sistema intrinsecamente complexo, pode-se inferir que o conhecimento do mesmo em relação à temática cardiovascular pode suscitar novas bifurcações para fortalecer a promoção da saúde.

Segundo essa visão, os profissionais da saúde conhecem determinadas escolhas de hábitos de vida saudáveis e estão aptos a instigarem nos indivíduos a adoção de um estilo de vida o mais saudável possível para promover a saúde (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). Dessa forma, a possibilidade de os filhos optarem por atitudes consideradas não saudáveis pode ter influência do ambiente familiar onde estão inseridos e são influenciados pelas atitudes e comportamentos praticados pelos pais.

Nessa perspectiva, Maturana (2001) apontou que há uma dinâmica entre o ser vivo e o ambiente, e isso ocorre por meio da conduta ou comportamento. Consolidando essas discussões, em analogia com o ambiente domiciliar, Maturana e Varela (2001) enfatizaram que os seres humanos se conservam como unidades em constantes perturbações com o meio, bem como de seu próprio funcionamento. O sistema vivo organiza-se em todos os níveis, de

maneira a gerar regularidades internas, porém, estas são dinâmicas, em contínuas transformações. Morin e Prigogine (1996) consideraram que a vida é movimento e que o equilíbrio que se pode encontrar só pode ser dinâmico. Nesse sentido, todo o corpo se transforma com o tempo e a doença é, muitas vezes, o desregramento do equilíbrio dinâmico.

Em afinidade com o exposto, Moraes (2000) corroborou com a ideia de que organismo e o meio não se separam, visto que ambos operam juntos, já que a conduta é determinada pela estrutura do indivíduo em suas inter-relações dinâmicas com a estrutura do meio em que está inserido. Isso é passível de discussões, pois a inter-relação entre o meio e ser vivo ocorre pelas atitudes e comportamentos desencadeados, visto que, para Maturana e Varela (2001), todo o comportamento é um fenômeno relacional que o observador percebe entre organismo e meio. Além disso, as condutas ou atitudes possíveis de um organismo são determinadas por sua estrutura, pois ela especifica os domínios de interações. Porém, o meio possibilita que sejam desencadeadas ou não, e esta abordagem somente é possível por intermédio da cognição.

As atitudes e comportamentos dos filhos de pais cardiopatas estão intrinsecamente explicados na cognição da vida cotidiana, tendo em vista que o conhecimento é um domínio particular e constitutivo de ações, operações, atitudes, comportamentos, pensamentos e reflexões (MATURANA, 2001). Dessa maneira, entende-se que os seres vivos, inseridos em um ecossistema aqui designado como o domiciliar, satisfazem suas ontogênias individuais fundamentalmente por meio de seus acoplamentos mútuos, na rede de interações recíprocas que formam no decorrer da vida (MATURANA; VARELA, 2001).

Essas discussões esclarecem a abordagem ecossistêmica aqui fundamentada no contexto familiar, que traz consigo uma visão mais dinâmica das organizações e dos próprios processos da vida, compreendidos como expressão de movimentos circulares, interativos, recursivos e não lineares, que constituem a natureza cíclica e autossustentável dos sistemas autopoieticos (MORAES, 2000).

Com base no exposto deve ser levado em conta que o ecossistema domiciliar apresenta características marcantes das interações dos membros que o constituem, e estas, para serem modificadas e/ou trabalhadas para um modo de viver mais saudável, devem inicialmente perpassar por todos os elementos bióticos, abióticos e o entorno deste ecossistema por meio dos princípios sistêmicos.

Na Figura 1, demonstram-se os princípios sistêmicos delineados pelo referencial de Prigogine (1996; 2009) para o enfoque do ecossistema domiciliar.

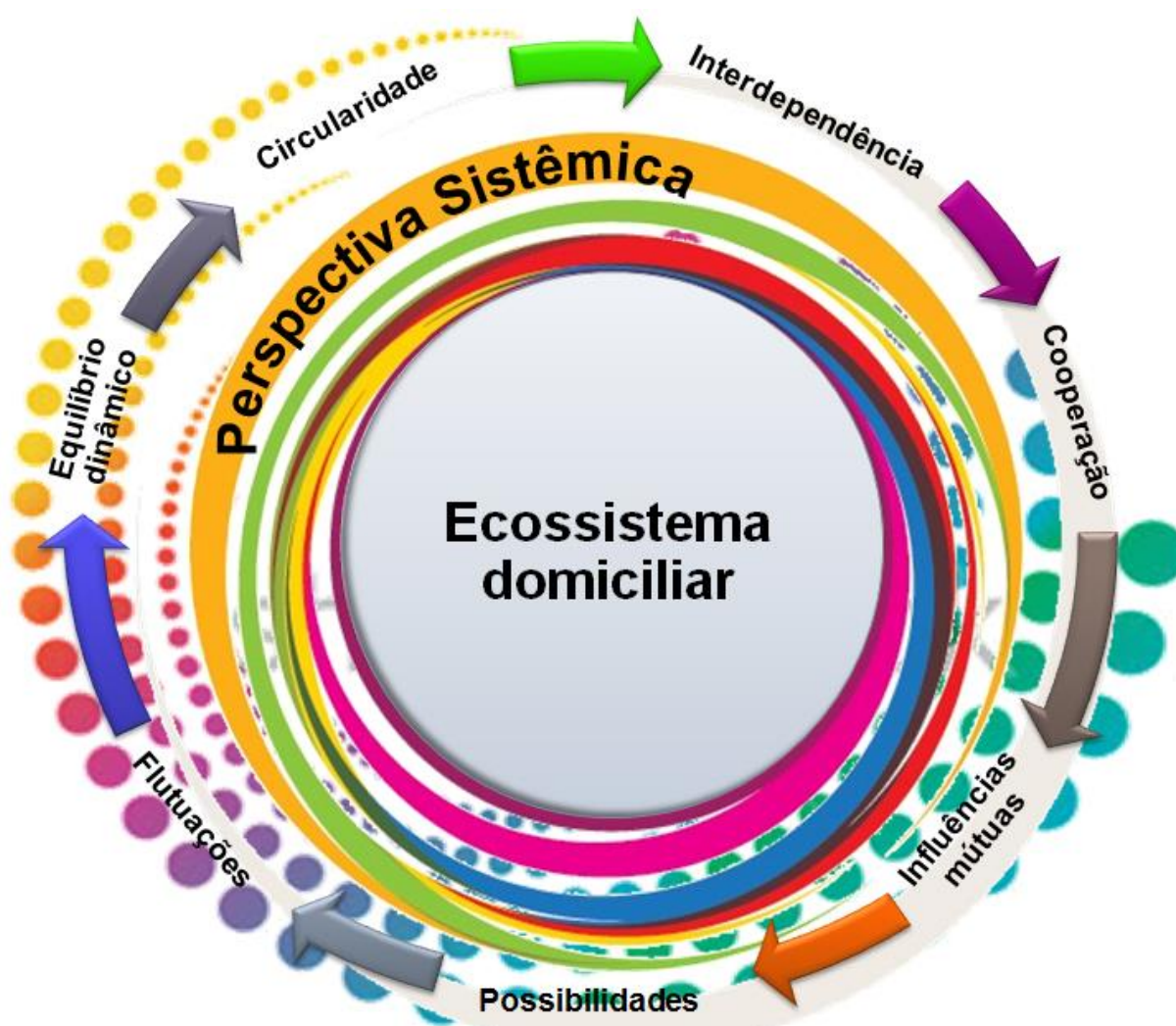


Figura 1 – Demonstração dos princípios sistêmicos no enfoque do ecossistema domiciliar de acordo com o referencial de Prigogine (1996; 2009)

Fonte: Referencial Teórico de Prigogine (1996; 2009), organizado pelas autoras

2.3 Promoção da saúde possibilitada pelo conhecimento da enfermagem/saúde com enfoque ecossistêmico nas morbidades cardiovasculares

Mudanças paradigmáticas que emergiram nos últimos anos na área do conhecimento em saúde suscitaram um novo olhar com ênfase na promoção da saúde. Esse fato foi corroborado por meio da reorganização dos serviços de saúde, bem como da vida da população, o que fez emergir estratégias dinâmicas e mais amplas no sentido de construir e reconstruir a cidadania e transformar a cultura da saúde vigente.

De acordo com Colomé e Oliveira (2008) essa nova configuração, a promoção da saúde, originada no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, apresenta como um de

seus elementos centrais a instrumentalização dos indivíduos para assumirem e direcionarem o controle de suas vidas e, conseqüentemente, de sua saúde. Esse fato desencadeou novas demandas educativas na área da saúde, colaborando para o desenvolvimento de novas abordagens em saúde, com foco na autonomia dos sujeitos sociais e ao alcance dos meios necessários para uma vida com qualidade. Neste mesmo aspecto Gutierrez e Oberdiek (2001) apontou que a promoção da saúde, por ser mais ampla e abrangente que a tradicional com enfoque preventivo, possibilita identificar os macrodeterminantes da saúde – quais sejam o conjunto dos determinantes e condicionantes sociais de saúde como educação, trabalho, renda condições de moradia, alimentação – que, por meio de flutuações (PRIGOGINE, 1996), movimentam-se em direção à busca de modificações nas condições de vida da população, dos processos individuais e coletivos de tomada de decisões mediante os problemas de saúde da população (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001).

Diante dessas circunstâncias, ocorreram no cenário mundial fatos determinantes para a construção dos atuais paradigmas. Uma dessas modificações foi a diminuição das doenças transmissíveis e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, em especial, o aumento das morbidades cardiovasculares. Conforme destacou Czeresnia (2003), o novo discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionamento das práticas em saúde foram articulando-se em torno do projeto da promoção da saúde, o qual, dentre seus pressupostos, ofereceu ênfase ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde.

Assim, de acordo com o artigo 3º da Lei 8080/90:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. [...]. Portanto para se ter saúde é necessário que o gestor entenda que os determinantes sociais fazem parte da saúde e que os condicionantes propiciam o aparecimento de patologias.

Nesse constructo o usuário deve ser visualizado de maneira ampla, sistêmica, a partir dos princípios ecossistêmicos. Dessa forma, nos caminhos percorridos pelo movimento da promoção da saúde, encontram-se muitas das bases conceituais e ideológicas que têm influenciado as práticas em saúde da atualidade (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008). A promoção da saúde foi um movimento que se originou no Canadá, em 1974, que questionava o papel exclusivo da medicina na resolução de problemas de saúde. Seus pressupostos iniciais foram formulados, em 1974, no documento oficial denominado *The new perspectives on the health*

of Canadians, conhecido também como *Informe Lalonde*. Esse documento apresentava uma nova proposta para a saúde da população considerando o campo da saúde em quatro esferas individuais, quais sejam: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização à assistência à saúde. Discutia, também, a relação existente entre cada um desses fatores e sua influência nos problemas de saúde, enfatizando a necessidade de haver uma associação entre as melhorias ambientais e as mudanças comportamentais para a promoção da saúde, em especial, da saúde pública (LALONDE, 1996; SANTOS; WESTPHAL, 1999). Dentre os eventos mais significativos que se seguiram a essa publicação e que exerceram influências marcantes na mesma, estava a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no ano de 1978, convocada pela OMS em colaboração com a *United Nations Children's Foundation* (UNICEF). Foi um dos acontecimentos mais significativos para a saúde, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo, ao enfatizar a meta 'Saúde para todos no ano 2000', por meio da cooperação entre as nações (BUSS, 2003).

Ao consolidar as discussões sobre promoção da saúde foram realizadas e tomadas como ponto de partida as metas preconizadas na Declaração de Alma-Ata. No ano de 1986 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. A *Carta de Ottawa* demonstrou uma evolução em relação ao conceito de saúde, ao ficar evidenciada a relação entre saúde e outros fatores, como educação, moradia, renda, alimentação, justiça social e equidade (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Segundo Souza, Colomé, Costa et al. (2005) na *Carta de Ottawa* a saúde foi conceituada como a possibilidade de se aproveitar a vida de forma positiva, pelo uso de recursos pessoais e sociais, não significando que a busca por tornar-se ou manter-se saudável seja o objetivo central e único da vida das pessoas, mas, sim, um recurso para fornecer qualidade à vida cotidiana. Nessa direção, Buss (2003) explicou que, nesse documento, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde, sendo imprescindível o papel ocupado pela educação em saúde neste contexto.

Salientando esse enfoque, em dezembro de 2005 o Ministério da Saúde definiu uma agenda de compromissos pela saúde que englobou três eixos, quais sejam: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). Assim foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que englobou diferentes temáticas com o propósito de minimizar os agravos e propiciar a promoção da saúde da população.

Nessa articulação, Brasil (2006, p.10) apontou que:

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

O desafio aqui exposto está na promoção da saúde potencializada pelo enfermeiro com enfoque ecossistêmico, no intuito de trabalhar com as facetas que envolvem as morbidades cardiovasculares em ambiente domiciliar, quais sejam, os fatores de risco modificáveis, bem como as questões econômicas, sociais e ambientais, que direta ou indiretamente possibilitam modificações na vida dos filhos de indivíduos acometidos por tais morbidades.

Para tanto, torna-se importante referendar, de acordo com Freitas, Oliveira, Schutz et al. (2007), que o enfoque ecossistêmico engloba prioritariamente a concepção de políticas públicas amplas que envolvam a formulação de um conjunto de políticas e medidas de intervenção legal, econômica, financeira, institucional e social que possam reduzir e/ou eliminar as ações diretas e indiretas sobre os ecossistemas, o que acaba por interferir na saúde e bem-estar humano.

Freitas e Porto (2006) destacaram o fato de que os problemas ambientais e de saúde devem se entendidos de maneira que contemple suas inúmeras dimensões bem como perspectivas que direcionem para sua complexidade. Em consonância, Giatti e Cutolo (2012) apontaram que, ao estudar aspectos complexos das dinâmicas ambientais, emerge a necessidade da participação da sociedade com metodologias continuadas que considerem as especificidades locais e objetivem a adesão aos sistemas.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o enfoque ecossistêmico em saúde demonstra novas possibilidades, tanto para o entendimento quanto à análise das questões ambientais, como para oferecer um novo enfoque para a saúde, desmistificando o paradigma biomédico e rompendo com o determinismo (OPAS, 2009). Para Pedrosa (2001), as ações ligadas à promoção da saúde necessitaram fundamentar-se em aportes multidisciplinares que buscassem estratégias técnicas e políticas para serem realizadas, e, dentre essas, a educação em saúde configurou-se como estratégia fundamental.

Tomando por base as Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011) e as Áreas Temáticas priorizadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), denota-se que as doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque nas cardiovasculares, ganham cada vez mais destaque quanto ao quadro epidemiológico e à formulação de estratégias para seu enfrentamento (LEITE; TREZZA; SANTOS et al., 2001).

Nesse direcionamento, com ênfase nos filhos de pais com doenças cardiovasculares, corrobora-se com Molina, Fari, Montero et al. (2010), quando consideraram que é de suma importância estudar os comportamentos de risco para DCVs, tais como a inatividade física e a alimentação, no sentido de conhecer e compreender os diferentes contextos em que crianças estão inseridas. Porém, conhecer esses ambientes e identificar precocemente os fatores de risco cardiovasculares torna-se de fundamental importância para que sejam realizadas ações de promoção da saúde (SILVA; RIVERA; FERRAZ et al., 2005).

Ainda nesse enfoque, deve-se considerar que as condições socioeconômicas precárias, onde vive a maior parte da população brasileira, podem ter influência direta na dificuldade de acesso às informações sobre saúde, bem como à impossibilidade de acesso a locais para a prática de atividade física e às tecnologias de assistência à saúde. Assim, o estilo de vida escolhido pelos indivíduos apresenta, também, determinação social, e isso é demonstrado pela associação significativa com as condições socioeconômicas do ambiente onde o indivíduo vive (LEE; CUBBIN, 2002).

A promoção da saúde com enfoque nas morbidades cardiovasculares deve justificar, em seu projeto educativo, a não centralização na mudança de comportamento e escolhas individuais feitas pelos indivíduos; deve sim, ser corroborada por aspectos ecossistêmicos, em especial, os culturais e sociais que condicionam estas escolhas.

Nessa perspectiva, o paradigma ecossistêmico foi apresentado por Capra (2002) ao enfatizar o surgimento de uma concepção unificada da vida, da mente e da consciência humana que está, inexoravelmente, interligada ao mundo social, cultural e de relacionamentos interpessoais.

Pelo exposto, o enfermeiro como agente promotor da saúde deve considerar que os indivíduos atribuem valores e significados aos seus ambientes e agem de acordo com essa atribuição. Portanto, cabe a este profissional inserir em sua proposta educativa as interações existentes entre estrutura, fluxo e dissipações. Isso o conduzirá a um ponto de bifurcação, mas com possibilidade de derivar para um estado totalmente novo (PRIGOGINE, 1996).

Contudo, na concepção ecossistêmica a promoção da saúde deve superar os tópicos que culpabilizam os indivíduos e centrar-se em iniciativas sustentadas, onde se considera a subjetividade dos sujeitos envolvidos e as necessidades que deles emergem. Além disso, nesta abordagem, deve-se buscar, por meio da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, transformar e melhorar as relações existentes entre as condições de vida e a saúde, mas sem esquecer que este processo é dinâmico, instável e complexo e que, por ter essas características, apresenta possibilidades de auto-organização.

3 POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS

Qualquer que seja o método escolhido, os resultados serão apenas uma perspectiva de várias possibilidades possíveis.

GOULDING

A metodologia compreende os passos a serem seguidos no processo de pesquisa: tipo de estudo, local do estudo, sujeitos do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos. Assim, investigou-se neste estudo a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais portadores de morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, bem como averiguar como o cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, é capaz de dissipar estas atitudes e comportamentos nos filhos, a partir do Referencial Sistêmico, na Perspectiva Ecológica.

Cabe salientar que o Referencial Sistêmico, conforme anteriormente delineado, a princípio, não possui uma metodologia específica, porém, há ensaios e tentativas de alguns estudiosos que sinalizam para a possibilidade de uma Metodologia Ecológica, como descreve Moraes (2006, p.7):

[...] implica co-construção, co-produção e co-criação do conhecimento científico como decorrência do diálogo fundamental entre sujeito e objeto do conhecimento. E, neste sentido, a atitude do pesquisador é sempre fundamental, pois dela depende a continuidade ou não do diálogo entre os diferentes sujeitos envolvidos. Compete ao pesquisador e ao sujeito pesquisado estarem sempre conscientes de que deles também dependem o fluir do processo, o saber escutar as falas, as idéias e os silêncios que afetam todo o processo de criação de cada ser humano que está em interlocução conosco. Desse diálogo é que depende a construção de um saber relacional, contextual, gerado nas interações que acontecem entre ambos, a partir da realidade que os cerca.

A perspectiva ecológica permite fomentar um pensamento integrativo, inter-relacional, circular, dinâmico, contemplando as possibilidades interativas entre os elementos de um dado ambiente, corroborando com a Tese (Figura 2).

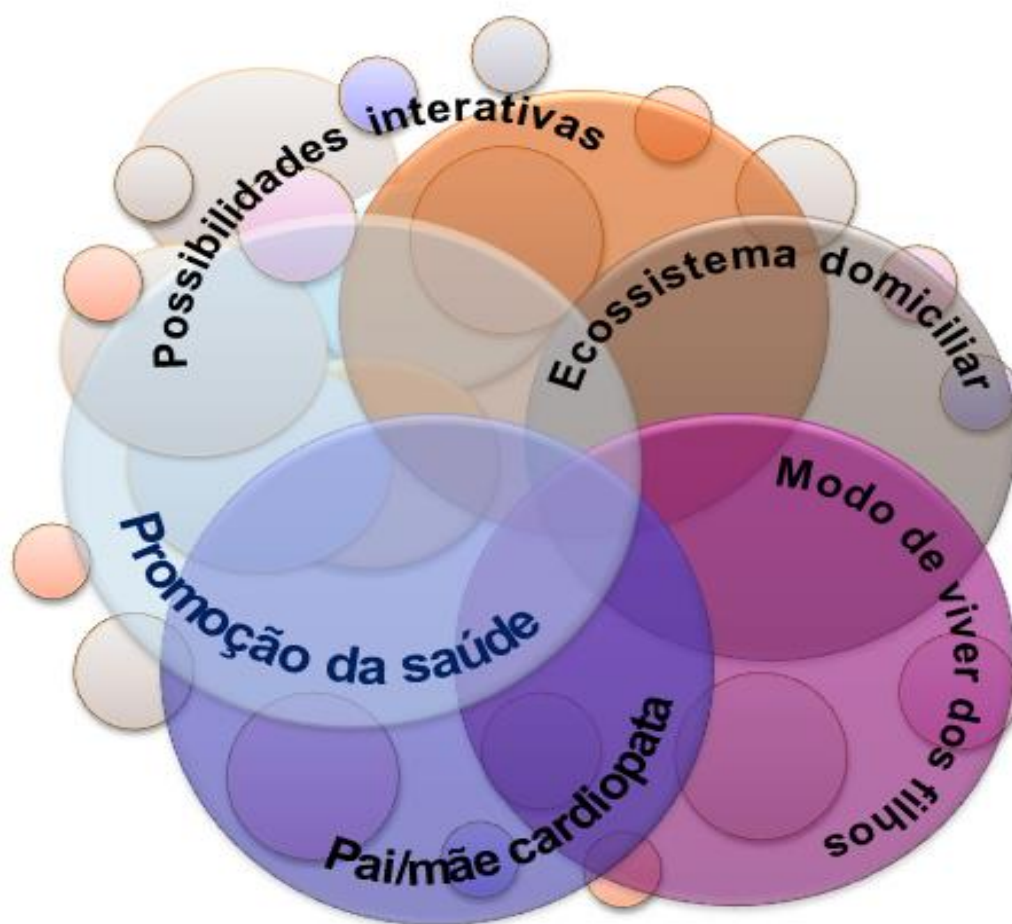


Figura 2 – Possibilidades interativas do ecossistema domiciliar de pai/mãe cardiopata
 Fonte: Elaboração das autoras, com base teórico filosófico em Prigogine (2009)

Partindo desse enfoque, Auerbach e Silverstein (2003) enfatizaram que a subjetividade e os valores fazem parte das interações humanas e não devem ser eliminados ou controlados. Assim, para estudar um fenômeno em particular, deve ser considerado o conhecimento prévio que o pesquisador possui acerca deste fenômeno.

Assim, pode-se afirmar que o objetivo da ciência é ampliar teorias já existentes e/ou gerar novas teorias. Nesse pressuposto, uma teoria construída a partir de dados permite uma fidedignidade em relação à realidade pesquisada, difere fatos, oferece explicações e promove uma linha de ação a qual o pesquisador deve seguir.

Com base no exposto, a opção metodológica para este estudo foi a TFD. Demonstrem-se, a seguir, todos os passos que contemplaram a metodologia, com ênfase na opção metodológica.

3.1 Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como exploratório com abordagem qualitativa. Enfatiza-se que a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa, ou seja, o significado das coisas em seu cenário natural; tenta perceber os fenômenos em termos do que as pessoas conferem aos fatos (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A abordagem qualitativa tem se mostrado relevante na prática de enfermagem e para a construção do conhecimento dessa ciência, destacando os aspectos subjetivos e individuais da experiência humana no processo saúde/doença, refletindo na assistência oferecida pelo enfermeiro ao cliente. Para a construção do conhecimento há critérios de rigor, como a credibilidade, a verificabilidade e a confirmabilidade, que devem ser contemplados e permear as atividades investigativas, bem como a aplicabilidade de referenciais teóricos e metodológicos que direcionem as fases do estudo (MATHEUS, 2006). Para Denzin e Lincoln (2006) a pesquisa qualitativa é, em si mesma, um campo de investigação, pois neste tipo de pesquisa encontra-se uma família interconectada e complexa de terminologias, conceituações e suposições.

Em relação às possibilidades de pesquisa qualitativa, foram utilizados como referencial teórico a Teoria Sistêmica com enfoque Ecosistêmico e como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*).

É uma perspectiva que utiliza os pressupostos teóricos do interacionismo simbólico, e pode ser utilizada em pesquisas interpretativas (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006). Além disso, é um método que corrobora com diretrizes e estratégias claras para a condução das investigações de maneira sistemática, fundamentado por um processo de análise por meio de técnicas de comparações constantes (GLASER; STRAUSS, 1967).

A *Grounded Theory* segue os pressupostos do interacionismo simbólico, enfatizando que a realidade e o *self* são construídos por meio das interações. Assim, o interacionismo simbólico corrobora com uma perspectiva onde o foco está na natureza das interações e nas atividades sociais dinâmicas desencadeadas entre as pessoas (CHARON, 2001).

Nesse sentido, o interacionismo considera que os sujeitos da pesquisa atuam em consonância com o significado interativo de uma situação, de acordo com o entendimento próprio desses sujeitos (RIBEIRO, 1999). Pela perspectiva interacionista todos os significados surgem pela interação entre as pessoas. Desse fato emerge que o significado de um objeto é construído a partir das relações/ interações e ações de outros indivíduos sobre um indivíduo

que considera o objeto (BLUMER, 1998).

Charon (2001) assinalou que as pessoas interagem e as sociedades são constituídas de pessoas em interação. No entanto, essa interação não é apenas o que está acontecendo entre as pessoas, mas o que acontece dentro delas.

A *Grounded Theory* permite ao pesquisador compreender os aspectos intersubjetivos das experiências sociais que a pessoa estabelece entre si, e com os demais, presentes na experiência que vivencia, ou seja, faz emergir elucidações teóricas a partir dos conhecimentos. É instituída a partir de dados coletados e analisados de modo sistemático, a fim de representar a realidade pesquisada (GLASER; STRAUSS, 1967).

Esse referencial metodológico objetivou investigar categorias pertinentes e a afinidade entre elas, uma vez que não é sobre os acontecimentos em si que o pesquisador se firma, mas na categoria conceitual que é instituída a partir deles e nos conceitos que se formam. Originar uma teoria significa que as hipóteses e os conceitos não derivam exclusivamente dos dados, mas são desenvolvidos, sistematicamente, em relação aos dados no decorrer da pesquisa. Glaser e Strauss (1967) afirmaram que essa metodologia permite a descoberta e o desencadeamento de uma teoria, por meio de dados obtidos e analisados de modo sistemático e por comparação.

É fundamental que o pesquisador, ao realizar uma pesquisa utilizando a *Grounded Theory*, apresente alguns atributos básicos, quais sejam: sensibilidade teórica, capacidade de usar dados experienciais, domínio da técnica e habilidade analítica (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006). Sensibilidade teórica é uma característica pessoal do pesquisador para compreender as sutilezas dos significados dos dados. Refere-se à qualidade de ter *insights*, capacidade de dar significado aos dados, habilidade para compreender e destacar aquilo que é pertinente. Nessa perspectiva, o pesquisador poderá desenvolver uma teoria estabelecida de maneira densa e unificada (GLASER; STRAUSS, 1967).

A *Grounded Theory* é uma abordagem que emprega um conjunto de métodos sistematizados para compreender os aspectos intersubjetivos das experiências sociais das pessoas e desenvolver uma teoria sobre determinado fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008). Incide em uma série de pressuposições interligadas de maneira que seja esclarecido um acontecimento, diferenciando-se de algumas metodologias qualitativas em determinados aspectos (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006), tais como: a) o modelo conceitual é determinado com base nos dados, e não nos estudos prévios, mesmo estes influenciando o resultado do estudo; b) o pesquisador tem em vista a descoberta do processo fundamental na cena social; c) os dados, sem restrição, são comparados entre si, sistemática e constantemente; d) a coleta dos

dados poderá ser alterada de acordo com o avanço da teoria, ou seja, algumas pistas inventivas são desprezadas e questões mais aprofundadas podem ser formuladas; e) o pesquisador adota uma ‘matrix’ em que diversos processos estão em operação ao mesmo tempo, no lugar de passos lineares. O pesquisador analisa os dados, iniciando a codificação e conceituação e escreve, desde o princípio, as primeiras ideias relacionadas à pesquisa.

Glaser e Strauss (1967) destacaram, em relação à descoberta da teoria, como algo que aparece dos dados, independente do observador científico. Diferente da postura desses sociólogos, Charmaz (2009) compreendeu que nem os dados nem as teorias são descobertos. Explicou que todos são parte do mundo o qual exploram e dos dados coletados, ou seja, edificam-se as teorias fundamentadas, por meio do envolvimento e interação com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa, tanto no passado como no presente. O pesquisador precisa considerar que qualquer versão teórica proporciona uma figura interpretativa do mundo observado, e não uma imagem fiel dele.

Em relação à pesquisa em questão, o referencial metodológico da TFD é fundamentalmente adequado a essa temática, bem como ao referencial teórico, tendo em vista que a mesma, de acordo com Backes (2011), caracteriza-se como um processo flexível e dinâmico, e que para Strauss e Corbin (2008) possibilita, por meio da coleta de dados e da descoberta de categorias, explorar a diversidade da experiência humana nos múltiplos contextos sociais, o que é capaz de gerar teorias e estas possibilitarem um ampliado entendimento do fenômeno a ser investigado.

Ao investigar as atitudes e os comportamentos dos filhos que convivem com pais cardiopatas, há possibilidade de encontrar manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem nesse ambiente e, assim, descobrir, por meio do cuidado, ações interativas de promoção de saúde domiciliar, capazes de dissipar essas atitudes e comportamentos.

A *Grounded Theory* tem sido indicada nas investigações em áreas pouco pesquisadas e na busca de novas perspectivas que proporcionem o desenvolvimento de teorias e de conceitos de enfermagem (STERN, 1980). Portanto, encontra aderência à temática em estudo.

3.2 Local do estudo

O cenário específico desta investigação foi o ecossistema domiciliar de filhos que convivem com pais com morbidades cardiovasculares. Esse *locus* pode ser entendido como

um ecossistema proximal, inter-relacional, contemplando o local no qual as informações colhidas podem fornecer subsídios singulares, em relação aos sujeitos que neste território vivem/convivem e possuem a possibilidade de estabelecer ações participativas de promoção da saúde.

Salienta-se que o domicílio pode ser caracterizado como um sistema de proximidades inter-relacionais, considerando o nível mais próximo do indivíduo, onde se encontram as interações familiares, domésticas e residenciais, capazes de intervir em um contexto global. Aí emerge a necessidade de investigar o sistema local para o entendimento do que acontece no sistema global e que intervenções podem auxiliar na promoção da saúde.

De acordo com Waltner-Toews (2001) a complexidade dos sistemas socioecológicos suscita o envolvimento de um conjunto de elementos bióticos que tendem a se organizar em círculos de retroalimentação social e ecológica, onde os pontos críticos sugerem novas estruturas, bem como formas de reorganização. Essa circularidade também se encontra influenciada pelos elementos abióticos do ambiente.

Nessa perspectiva, acredita-se que o ecossistema domiciliar conduz a uma abordagem bifurcada de interações em relação ao desencadeamento de morbidades cardiovasculares, porém, este *locus* evidencia elementos importantes que permitem possibilidades para intercambiar informações, implementar ações educativas, bem como reorientar práticas de viver saudável em prol da promoção da saúde.

3.3 Participantes do estudo

Filhos cujo pai ou mãe é portador(a) de morbidade cardiovascular, residentes na cidade do Rio Grande/RS, na cidade do Porto, Portugal, onde a doutoranda realizou estágio nos meses de janeiro e fevereiro de 2013, e na cidade de Santa Maria/RS, Brasil, lugar onde trabalha e reside a pesquisadora principal e por ser o local onde as indagações da tese emergiram.

Os filhos foram selecionados, inicialmente, por busca ativa nos prontuários dos pais, com registro no Serviço de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande, de acordo com os critérios de inclusão para ao estudo. Na cidade do Porto, PT, a seleção foi realizada por intermédio da Dr^a. Teresa Rodrigues Ferreira, professora-pesquisadora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto, seguindo-se os mesmos critérios de inclusão

explicitados a seguir. E, na cidade de Santa Maria, os participantes do estudo foram os filhos de pai/mãe cardiopata, que participavam de grupo de orientação pós-infarto, selecionados por meio do Grupo de Orientação Interdisciplinar de um Projeto de Extensão denominado “Coração Amigo”. Projeto este desenvolvido e coordenado por enfermeiros com ação/orientação de outros profissionais da saúde na Instituição de Ensino Superior Centro Universitário Franciscano, seguindo-se, também, os critérios de inclusão elencados para os demais participantes do estudo.

Aos que se mostraram dispostos a participar da entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), mediante leitura do mesmo. Em caso de aceite, o TCLE foi assinado, de acordo com os critérios estabelecidos no documento. Em relação ao número de participantes, entrevistaram-se 11 pessoas, formando dois grupos amostrais, seguindo-se o critério de saturação teórica.

3.3.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram considerados critérios de **inclusão**:

- ✓ ser filho de pai ou mãe portador(a) de doença crônica não transmissível, em especial, cardiopatia isquêmica, designada como infarto agudo do miocárdio, e conviver com os mesmos;
- ✓ ser filho de pai ou mãe portador(a) de doença crônica não transmissível, em especial, cardiopatia isquêmica, designada como infarto agudo do miocárdio, com evento ocorrido há mais de seis meses;
- ✓ ser filho de pai ou mãe portador(a) de doença crônica não transmissível, em especial, cardiopatia isquêmica, e maior de 18 anos;
- ✓ ser residente no perímetro urbano da cidade do Rio Grande/RS, Brasil; cidade de Santa Maria/RS, Brasil; e da cidade do Porto, Portugal;
- ✓ residir no bairro com maior incidência de infarto agudo do miocárdio, de acordo com o levantamento no prontuário do Serviço de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande/RS, Brasil, dos participantes da cidade do Porto, PT e do Grupo Coração Amigo, de Santa Maria/RS, Brasil, expandindo para os demais bairros, observando uma ordem escalar de incidência até atingir a saturação teórica;
- ✓ ter disponibilidade para participar da pesquisa;

- ✓ permitir a divulgação dos dados em trabalhos científicos.

Foram critérios de **exclusão** para o estudo:

- ✓ não residir no perímetro urbano da cidade do Rio Grande/RS, Brasil; cidade de Santa Maria/RS, Brasil; e da cidade do Porto, Portugal;
- ✓ ser filho de pais portadores de cardiopatia isquêmica, infarto agudo do miocárdio, com evento ocorrido há menos de seis meses;
- ✓ ser filho de pai e/ou mãe portador(a) de doença crônica não transmissível e que já desenvolveu cardiopatia isquêmica, designada como infarto agudo do miocárdio;
- ✓ não apresentar limitações cognitivas e de compreensão para participar da entrevista.

3.4 Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados teve início em novembro de 2012 e término em junho de 2013, de acordo com o andamento da *Grounded Theory*. A mesma ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética da Santa Casa do Rio Grande e Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil.

O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone, convidando-os para participar da pesquisa. Nesse momento, realizou-se a explanação prévia acerca do estudo e agendaram-se, de acordo com o aceite dos participantes, o dia e a hora das entrevistas a serem realizadas no domicílio dos mesmos.

Antes de iniciar a entrevista, foram explicitadas as questões consideradas pertinentes pela pesquisadora e, em respeito ao anonimato do sujeito de pesquisa, atribuiu-se um código para identificá-lo, usando o codinome Filho/Filha, seguido de um algarismo, observando a ordem em que as entrevistas foram realizadas, bem como das iniciais das cidades onde o ecossistema domiciliar de cada filho estava localizado. Foi realizada a leitura do TCLE e solicitada autorização para gravar as entrevistas.

As entrevistas, após autorização dos participantes, foram gravadas em um gravador digital Mp5. Caso não aceitasse a realização da gravação, a entrevista foi desenvolvida e a pesquisadora realizou as anotações necessárias durante a mesma, sendo complementada logo após, como forma de evitar perda de dados. Prosseguindo no processo, as entrevistas foram

transcritas, realizadas a análise e a codificação pela própria pesquisadora, antes de proceder à subsequente, a fim de avaliar possíveis ajustes na posição do sujeito pesquisador na condução da entrevista e/ou nas questões orientadoras.

A coleta dos dados foi realizada por meio de uma entrevista em profundidade (Apêndice B), seguindo os passos da *Grounded Theory*.

Esta é uma abordagem metodológica desenvolvida nos anos de 1960, a partir da colaboração de dois sociólogos americanos durante estudos sobre o processo da morte em hospitais (GLASER; STRAUSS, 1967). De acordo com as tradições históricas o nascimento da *Grounded Theory* foi influenciado pelo positivismo e pelo pragmatismo. O primeiro representado por Barney Glaser, e o segundo, por Anselm Strauss, que se uniram propondo o método.

A coleta de dados na cidade do Porto, Portugal teve como objetivo de investigar o ecossistema português, tendo em vista que as doenças crônicas não transmissíveis também se configuram como prioridade de pesquisa no referido país. O número de sujeitos em Portugal foi elencado de acordo com os critérios de inclusão, quando a doutoranda esteve no país, por meio da docente da Escola Superior da Cidade do Porto já explicitada. Com o intercâmbio oportunizou-se a troca de experiências e pesquisas conjuntas acerca do conhecimento de dois ecossistemas domiciliares.

A pesquisa foi norteada pelos princípios da amostragem teórica, delineando três etapas de coletas de dados. A primeira etapa ocorreu com entrevista a três filhos de pai/mãe cardiopata na cidade do Rio Grande/Rio Grande do Sul, Brasil; a segunda etapa ocorreu com quatro filhos na cidade do Porto, Portugal. Por não contemplar a saturação teórica e por evidenciar lacunas quanto ao segundo objetivo da tese, foi realizada uma terceira etapa de entrevistas com quatro filhos de pai/mãe cardiopata. A primeira e segunda etapas de coleta levaram quatro meses, e a terceira etapa, três meses.

Assim a primeira e a segunda etapas do processo de investigação objetivaram contemplar as questões de pesquisa, e as questões que nortearam estas entrevistas foram: Relate suas atitudes e comportamentos mediante a vivência/ experiência da doença de seus pais; De quem e que orientações você recebeu para cuidar de sua saúde? Como essas orientações auxiliaram/auxiliam no seu modo de viver?

Para a seleção dos participantes da primeira e da segunda etapas da entrevista, que constituíram o primeiro grupo amostral, foi considerada como critério inicial a busca por meio dos prontuários do Serviço de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande, Brasil, e os sujeitos selecionados na cidade do Porto, Portugal, por intermédio da docente da Escola

Superior de Enfermagem do Porto. Nesse sentido foram selecionados sete sujeitos.

A terceira etapa da coleta de dados, que contemplou o segundo grupo amostral, foi constituída por filhos de pai/mãe cardiopata que receberam orientações pós-infarto do(a) pai/mãe. Os participantes desta etapa foram os filhos de pai/mãe cardiopata que participavam de grupos de orientação pós-infarto, selecionados por meio do Grupo de Orientação Interdisciplinar de um Projeto de Extensão denominado “Coração Amigo”. Selecionaram-se seis sujeitos, porém, quatro aceitaram participar do processo de entrevista, e já na terceira entrevista houve saturação teórica. Esta etapa ocorreu constituindo um segundo grupo selecionado, tendo em vista que o primeiro não atingiu a saturação teórica.

Por meio deste segundo grupo foi possível apreender as modificações no modo de viver dos filhos pós-infarto do(a) pai/mãe por meio da promoção da saúde pela enfermagem/saúde. Isto porque, de acordo com Pacheco (2005), o ser humano e a doença levam a vários enfoques, e, além disso, esta perspectiva está relacionada com a interação, percepção e avaliação que as pessoas fazem acerca dos acontecimentos. Assim, entende-se, pelo enfoque ecossistêmico, que a doença é um processo e o modo de viver poderá estar relacionado não somente com a dinâmica desta fase, mas com as inter-relações que estes filhos construíram no decorrer do processo mórbido dos pais e, após esta etapa, por meio de elementos que vislumbram a promoção da saúde, fundamentados em orientações da enfermagem/saúde.

Nesta etapa da pesquisa foram levadas em consideração, também, as respostas dos filhos que enfatizaram ter recebido alguma orientação para modificações no seu viver, o que gerou, inicialmente, reflexão e, após, mudança comportamental e de atitudes. Portanto, no intuito de investigar estes conceitos e as relações entre eles, provenientes da análise prévia do primeiro grupo amostral, em relação à primeira e segunda etapas de coleta, as entrevistas foram realizadas a partir das seguintes questões: Relate suas atitudes e comportamentos mediante a doença de seus pais; Atualmente, o seu modo de viver teve/tem alguma inter-relação com a doença do pai/mãe?

Concomitante às entrevistas, realizou-se a observação de todos os participantes do estudo, bem como de seu entorno, em especial, porque a mesma ocorreu no ecossistema domiciliar dos filhos que convivem com pai/mãe cardiopata. A observação se deu no decorrer da entrevista, já que não houve possibilidade de acontecer em outro momento, e/ou após a coleta de dados, por meio das entrevistas. Este fato emergiu devido à pouca disponibilidade dos participantes da pesquisa.

A observação também pode se constituir em recurso valioso de coleta, Charmaz (2009) considera que a observação não participante é a melhor técnica de recolha de dados, na medida em que o investigador apenas observa e não intervém; preconiza a entrada no campo da investigação, tanto quanto possível, sem conceitos teóricos predeterminados. Logo, a teoria emerge diretamente dos dados, não comprometida pelo enviesamento dos investigadores. A observação possibilita compreender o que não é passível de expressão, ou o que o sujeito não consegue expressar (DANTAS, LEITE, LIMA et al., 2009).

Após a transcrição, codificação dos dados, conceitos e abstrações elaborados, chegou-se à saturação teórica na terceira etapa da coleta. A saturação teórica caracteriza-se pela repetição de categorias e quando dados novos não podem mais ser identificados. Muitas categorias emergiram por meio dos dados, porém, foi necessário e realizado, por diversas vezes, um processo de delimitação das categorias, com a orientadora Prof^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, reduzindo o número das mesmas. Adotou-se esta conduta após vários encontros de orientação, discussão e aprofundamento do referencial teórico, metodológico, leitura e releitura da tese e das questões de pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e transcritas logo após a coleta de dados, sendo posteriormente lidas, reavaliadas para a construção dos memorandos em relação aos tópicos considerados relevantes à tese. Charmaz (2009) enfatiza que os memorandos ou memos descrevem o histórico da interpretação do pesquisador e os resultados das codificações até a elaboração final da teoria. Em analogia, Dantas, Leite, Lima et al. (2009, p.3) considerou que:

A construção de memos ou memorandos consiste numa forma de registro referente à formulação da teoria e pode tomar conformação de notas teóricas, notas metodológicas, notas de observação e subvariedades delas. Esses são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados.

Neste estudo os memos foram caracterizados como teóricos, realizados no decorrer de algumas coletas, e outros na transcrição dos dados ou mesmo no decorrer das observações. Os memorandos teóricos são, de acordo com Dantas, Leite, Lima et al. (2009), registros das interpretações e inferências, onde é possível fazer hipóteses e desenvolver novos conceitos, estabelecendo a inter-relação com outros conceitos já elaborados.

Após a transcrição na íntegra de todas as entrevistas e observações foi realizada a análise dos dados, concomitante à coleta dos mesmos, de acordo com o que é preconizado pela TFD, de forma comparativa e constante, seguindo passos: codificação aberta, axial e

seletiva e posterior formulação da teoria (GLASER, 1978; STRAUSS; CORBIN, 2008; STRAUSS; GLASER, 1970; TAROZZI, 2011).

Todas as peças referentes à coleta e análise dos dados, quais sejam, as entrevistas, os relatórios das observações, os memorandos e os diagramas que foram elaborados no decorrer do processo de pesquisa, estão armazenadas com a pesquisadora principal e com a pesquisadora responsável. Salienta-se que todas as entrevistas, transcrições e a análise dos dados foram realizadas pela pesquisadora principal, trabalho este que facilita a visualização das etapas da *Ground Theory*.

Strauss e Corbin (2008) apontaram que na TFD toda a análise inicia com a primeira entrevista e observação, o que leva às subseqüentes, sendo a análise a condutora das demais coletas. Em analogia Backes (2011 p.94) salientou que: “o processo de codificação ou análise dos dados é dinâmico e compreende um conjunto de elementos que precisam estar interconectados para atingir o propósito da pesquisa”

A análise dos dados corrobora com três fases distintas, quais sejam: codificação aberta, axial e seletiva.

A primeira etapa, denominada **codificação inicial ou aberta**, caracteriza-se como um processo de análise pelo qual os conceitos são identificados e, assim, as propriedades e dimensões são originadas dos dados obtidos pelas falas (STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse sentido os dados são analisados minuciosamente e, de acordo com os mesmos autores, isso pode ser realizado “linha por linha” (p.119). Este processo pode ser fundamentalmente importante, pois permite ao pesquisador formular códigos teóricos ou analíticos (STRAUSS; CORBIN, 2008; GIBBS, 2009).

Na codificação aberta os dados das 11 entrevistas bem como os dados observados foram transcritos linha por linha, iniciando-se a análise comparativa e integrativa de cada conceito. Nesta etapa, os dados brutos foram analisados linha por linha, codificados, comparados, e criadas as categorias, com posterior refinamento das mesmas. Este processo demonstrou o surgimento de diversos códigos que posteriormente foram unidos. Ilustra-se esta etapa no Quadro 1.

Quadro 1 – Exemplo do processo de codificação aberta

ENTREVISTA/UNIDADE DE ANÁLISE	CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGO CONCEITUAL
[...] mas em casa ficávamos sempre em sinal de alerta [...] se todos fizermos o que é certo para a saúde viveremos melhor [...] mesmo que a gente faça algumas coisas bem não se controla tudo [...] acho importante receber orientações no domicílio, acho que é a partir do domicílio que se chega à família que se consegue... pra já não é só um evento cardiológico o infarto, tem outras coisas envolvidas em uma doença cardíaca [...] e estamos sempre recebendo influências de outros ambientes [...] (Filha 7- P)	Ficando em casa sempre em sinal de alerta. Relatando que se toda a família fizer o que é certo para a saúde vive-se melhor. Dizendo que mesmo que se faça algumas coisas bem não se consegue controlar tudo. Considerando ser importante receber orientações no domicílio. Considerando ser importante receber orientações no domicílio. Relatando que é a partir do domicílio que se chega à família. Confirmando que estão sempre recebendo influências de outros ambientes.	Abordando o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata e suas inter-relações

Fonte: Dados de pesquisa organizados pela autora

Em consonância com as codificações foram criados memorandos e diagramas onde os primeiros caracterizam-se como registros escritos de análise, e os diagramas, como modelos visuais que demonstram as relações entre os conceitos (STRAUS; CORBIN, 2008).

Durante esta etapa, ainda apareceram outras ideias que foram expostas em forma de memorandos e diagramas. Foram realizados os registros, pois os memorandos e diagramas são elementos importantes na formulação da teoria. Enfatiza-se que, de acordo com Charmaz (2009) e Backes (2011), além dos memorandos, os diagramas configuram-se como elementos visuais importantes para a ilustração de relações entre os conceitos, sendo designados como memorandos visuais e não escritos, os quais são geralmente elaborados no decorrer do período final da codificação aberta.

Demonstra-se no Quadro 2 um exemplo de memorando de codificação:

Quadro 2 – Exemplo de memorando de codificação

Memorando de Codificação: 24/01/2013
A vivência da doença cardiovascular no contexto domiciliar
Vivenciar a doença cardiovascular no contexto domiciliar parece ser uma experiência única para cada pessoa que a vivencia, em especial quando esta associa-se com indivíduos muito próximos como os pais. Além disso, buscar um modo de viver melhor, por meio de um cuidado diferenciado após o evento patológico, nem sempre é assim, pois as pessoas recebem continuamente influências do meio onde estão inseridas, em especial no ecossistema domiciliar, tendo em vista que seu entorno intra ou extradomicílio está constantemente abrigando influências. Neste enfoque a participação dos profissionais da saúde de maneira contínua seria fundamental, pois proporcionaria um repensar acerca das atitudes e comportamentos adotados cotidianamente.

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Na Figura 3, demonstra-se a ilustração de um diagrama que apresenta interconexão com a codificação aberta apresentada.

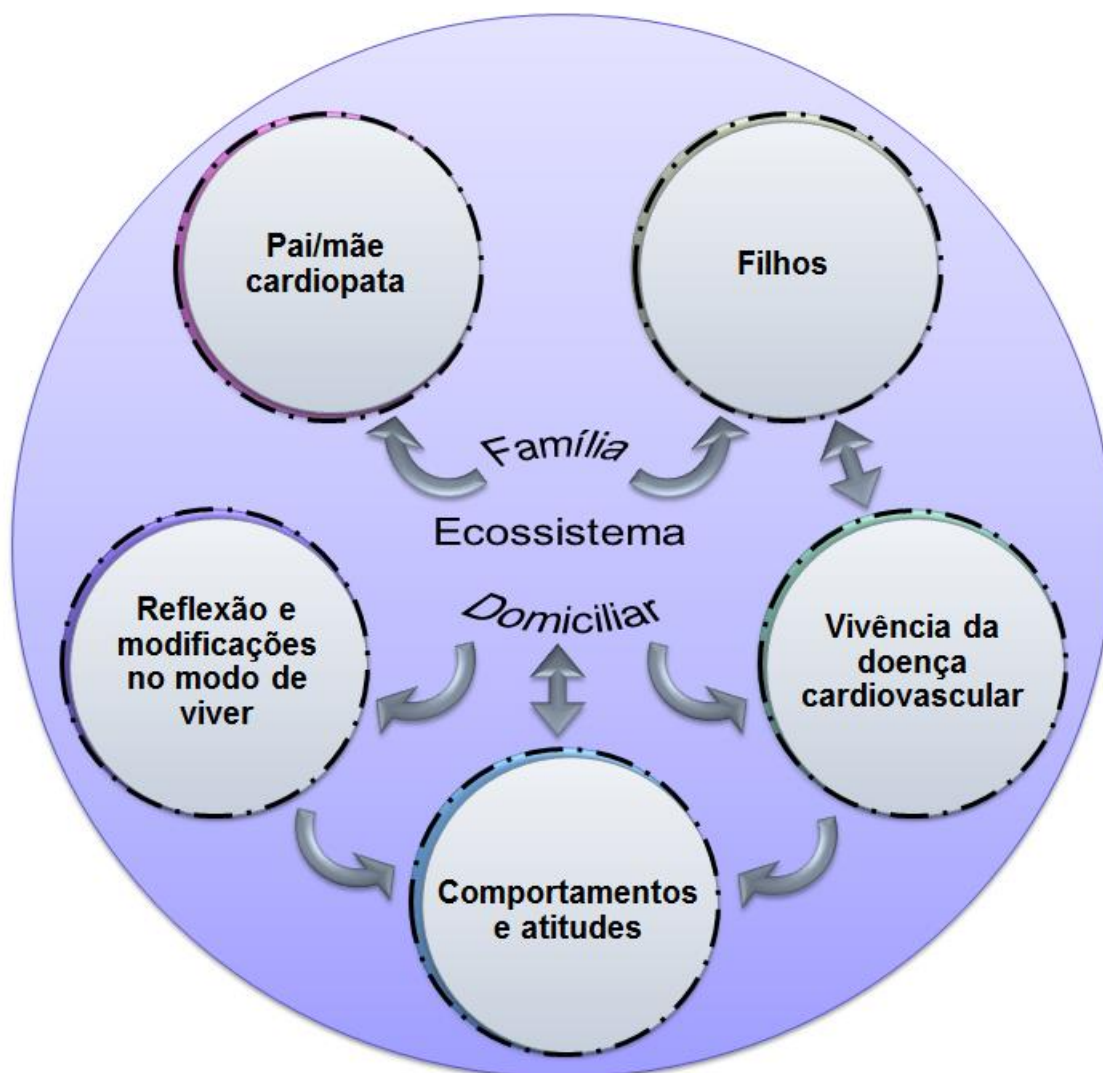


Figura 3 – Buscando desenvolver as categorias: descobrindo conceitos e inter-relações entre os mesmos – primeira, segunda e terceira etapas de coleta de dados (1º e 2º grupos amostrais)

Fonte: Dados de pesquisa, organizados pelas autoras

Na segunda etapa ocorre a codificação aberta e essa codificação pode ser denominada como codificação **axial** (STRAUSS; CORBIN, 2008) ou **categorização/codificação focalizada** (TAROZZI, 2011). Esta é uma fase de codificação que explicita um nível analítico mais elevado, emergindo os temas salientes e mais analiticamente as categorias que são extraídas dos dados, relacionando-as (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011). Nesta etapa as categorias já identificadas na codificação anterior foram relacionadas entre si e

iniciando-se o reagrupamento dos dados que anteriormente estavam divididos (BACKES, 2011).

A terceira etapa, conceituada como codificação **teórica** ou **seletiva**, busca a *core category* (TAROZZI, 2011), desenvolvendo o nível máximo de abstração conceitual. De acordo com Strauss e Corbin (2008) este processo integra e refina a teoria.

As condições de estrutura do processo de codificação são constituídas pelas condições causais, contexto e condições intervenientes, que formam um conjunto integrado de circunstâncias por meio das quais os fenômenos são relacionados e incorporados (BACKES, 2008; 2011).

Para a elaboração do nível conceitual e, conseqüentemente, a elaboração da teoria, foi considerado o processo de Glaser (1978), que recomenda a utilização de famílias de códigos na codificação teórica no intuito de agrupar códigos, tornando-os mais práticos e fidedignos ao estabelecer a teoria. Assim, o autor descreve 18 famílias de códigos, enfatizando que as mesmas podem se sobrepor. Porém, a primeira família de códigos relaciona condições estruturantes para toda a análise, sendo esta a adotada para este estudo, bem como a família das interações, com base nos referenciais de Glaser e Straus (1967) e Glaser (1978), destacando as condições: **causais, contexto, contingências, consequência, covariância e condição** (Figura 4).



Figura 4 – Família de códigos, denominados os 6Cs: contexto, causa, covariância, contingência, condição e consequência, elencados para análise dos dados por Glaser
 Fonte: Adaptado de Glaser (1978) pelas autoras

De acordo com Glaser e Strauss (1967) a maioria dos estudos entra em um modelo causal, modelo de consequência ou em um modelo condicional. Assim, fundamentada nos apontamentos de Glaser (1978) descrevem-se os significados dos 6 Cs nos fenômenos encontrados, destacando: a **causa**, que significa origem, razões, explanação, acontecimentos ou consequências antecipadas, forçando para dados pré-concebidos; a **consequência**, que inclui os resultados, efeitos, esforços, funções, previsões e consequências antecipadas ou não antecipadas; o **contexto**, que expressou o ambiente onde a experiência ocorreu, integrando e permeando toda a experiência; a **condição**, que representou a qualificação dos dados para que os mesmos se apresentem desta maneira; a **covariância**, que inclui as ideias e dados conectados sem a ideia de causa; e a **contingência**, que exprime situações que podem ou não

acontecer, mas, ao acontecerem, modificam e interferem no modo como a experiência é vivenciada.

Salienta-se que neste estudo a condição de **contexto** permeou todas as categorias, pois estas foram delineadas no ecossistema domiciliar, assim as interações, interconexões e referentes à categoria central e interligação com as demais categorias emergiram em experiências ocorridas neste ambiente.

As famílias das **estratégias** também foram utilizadas para a elaboração da teoria, tendo em vista que compactuam com o Referencial Sistêmico como uma trajetória interconexa, mútua e interdependente. Assim, de acordo com Glaser (1978), caracteriza-se como família das Estratégias aquela que apresenta táticas, mecanismos, manejos, caminhos, manobras, lidar com, manuseio, significados, metas, arranjos, posições. Salienta-se que a família das estratégias permeou a interatividade, apresentando efeitos mútuos, reciprocidade, trajetória mútua, dependência mútua, interdependência, interação de efeitos.

Salienta-se que a comparação constante dos códigos e categorias ocorreu em todo o processo no intuito de investigar, compreender e inter-relacionar o fenômeno com o objetivo de buscar a saturação teórica.

Todo o processo de análise descrito possibilitou a construção de um modelo teórico e a elaboração da categoria central com ênfase no ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos com possibilidade de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde.

3.5 Aspectos éticos

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução N°. 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

No TCLE constaram a participação voluntária do sujeito, esclarecimento dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A princípio, não existiam riscos prejudiciais à integridade dos participantes desta pesquisa. Entretanto, havia possibilidade de os mesmos, ao rememorar os fatos de suas vidas, se emocionarem, possibilitando sentimentos negativos ou positivos. Nos possíveis casos negativos, a pesquisadora iria dialogar e orientar, e decidir em conjunto com os sujeitos de pesquisa a continuidade ou suspensão das entrevistas.

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

As autoras pesquisadoras responsabilizam-se por todos os procedimentos envolvidos na pesquisa, tendo o compromisso com a confidencialidade dos sujeitos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 196/96, que rege as pesquisas com seres humanos.

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

A suspensão da pesquisa aconteceria frente à recusa de participação de todos os participantes convidados. Os participantes foram deixados à vontade para comunicarem verbalmente às pesquisadoras sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente ou por telefone.

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos

Ao término deste estudo, serão divulgados os resultados da pesquisa, ficando disponíveis na biblioteca do Campus Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias e artigos de

cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos.

Assume-se o compromisso de utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de publicações científicas, e de publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Declara-se, ainda, que não há conflitos de interesses entre as pesquisadoras e os participantes da pesquisa. São aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados

Afirma-se que, durante a realização desta pesquisa, os dados ficaram sob a tutela da pesquisadora responsável para poder realizar a análise e sua comparação. Após, os mesmos foram arquivados em caixa lacrada, onde permanecerão por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, sendo guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Professora Dr^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora e líder desse grupo de pesquisa.

3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES responsabilizaram-se pela infraestrutura necessária para a produção da pesquisa. Salienta-se que os custos do projeto ficaram a cargo dos pesquisadores.

3.6 Logística da pesquisa

A realização da pesquisa compreendeu as seguintes etapas:

- 1- Após aprovação do projeto pela banca examinadora foram realizados os contatos necessários para obter autorização do Serviço de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande – Rio Grande/RS (Apêndice C), bem como envio ao Comitê de Ética da Santa Casa Susi Lauz (Apêndice D). Além disso, o projeto foi enviado para aprovação à Direção e ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem/FURG (EEnf/FURG).
- 2- Após os trâmites legais e Registro da pesquisa no SISNEP a proposta foi encaminhada para o Comitê de Ética em Saúde da FURG (CEPAS), solicitando a apreciação (Apêndice E).
- 3- Identificação das famílias que compuseram a amostra conforme critérios de inclusão
- 4- Realização de contato pessoal com os filhos das famílias identificadas de pais com morbidades cardiovasculares com os quais foi realizado o estudo, objetivando a exposição do estudo e o esclarecimento de dúvidas, com o intuito de convidá-los para tomar parte do estudo, e identificar um modo que considerassem adequado para a realização da coleta de dados, caso tivessem interesse em participar do estudo (Apêndice F). Nessa mesma ocasião, foram reforçados os objetivos da pesquisa e os sujeitos incentivados a colaborar na coleta de dado.
- 5- Prosseguindo, foi realizada a coleta de dados por meio de uma entrevista utilizando um instrumento (Apêndice B) previamente elaborado para essa finalidade.

3.7 Validação do modelo teórico

Tendo em vista que a *Ground Theory* é um método que envolve, respectivamente, interação entre dedução e indução, requerendo a interpretação dos dados na sua conceituação e desenvolvimento de hipóteses, torna-se relevante a validação dos dados. Pettengill e Ribeiro (2006) enfatizaram que a análise comparativa e constante dos dados propicia desenvolver e criar densidade para os conceitos que emergem dos dados, para assim integrá-los originando hipóteses que compõem a teoria. Para Strauss e Corbin (2002) a validação da teoria pode ser feita de diversas maneiras, caracterizando-se como um processo de comparar conceitos e suas relações com os dados durante o ato de pesquisa, no intuito de determinar o quanto eles são apropriados para uma determinada investigação.

Assim, torna-se importante validar os dados, para isso, Souza e Silva (2011), em analogia com os autores destacados, apontaram que na TFD a validação é designada como uma estratégia metodológica na qual o processo de análise é encerrado pela ‘validação’ da teoria. Esta nasce dos dados pela integração de conceitos e categorias, representando uma construção abstrata da compreensão dos dados brutos.

Reconhecendo a importância da validação como parte da construção teórica, foi realizada neste estudo a validação do modelo teórico, de duas maneiras. Inicialmente houve um retorno na comparação dos dados e do esquema teórico construído com os dados brutos, com o objetivo de delimitar melhor as categorias. Em um segundo momento os dados foram avaliados pelo segundo grupo amostral: filhos de pacientes cardíacos que receberam orientações pós-infarto do(a) pai/mãe. Estes foram convidados formalmente para que, em um encontro conjunto, avaliassem os dados, porém, devido a compromissos profissionais, os dados foram avaliados por eles individualmente em horários e dias distintos, e todos chegaram a um consenso, validando os dados e o modelo teórico que emergiu dos mesmos.

4 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Tudo são dados.

GLASER

Após investigar o ecossistema domiciliar de pais com morbidades cardiovasculares, o modo de viver dos filhos, as atitudes e comportamentos que corroboram com manifestações análogas na sua saúde e, ainda, ações interativas de promoção à saúde domiciliar por meio do cuidado da enfermagem/saúde, realizou-se uma análise comparativa dos dados.

Os resultados foram alcançados a partir de uma intensa leitura e releitura dos dados desta pesquisa, bem como de reflexões, interpretações, abstrações e observações, realizadas com o auxílio da análise comparativa, de acordo com o que preconiza a *Ground Theory*.

Nesse processo foi possível construir o modelo teórico destacando a teoria formal intitulada: **Compreendendo possibilidades interativas de orientações da enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes.**

Destaca-se que o modelo teórico integra os conceitos, possibilitando conhecer e compreender o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata que se apresentou, e dois fenômenos interconexos e interdependentes que compõem a tese, quais sejam: **Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações da enfermagem/saúde;** e **Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata.** Ambos apresentam interação entre os comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata e seu modo de viver, e possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde.

A experiência vivenciada pelos filhos de pai/mãe cardiopata permitiu identificar sete categorias, que ocorrem no modo de viver destes filhos, em consonância com os fenômenos. O fenômeno **Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações da enfermagem/saúde** englobou as categorias: **Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto;** **Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver;** **Relatando possibilidades de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata;** **Reconhecendo a importância das orientações para auxiliar no modo de viver.** Em relação ao fenômeno **Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata** as categorias elencadas foram: **Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe;**

**Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do(a) pai/mãe;
Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável.**

A teoria formal e a interconexão com os fenômenos elencados são demonstradas na Figura 5.

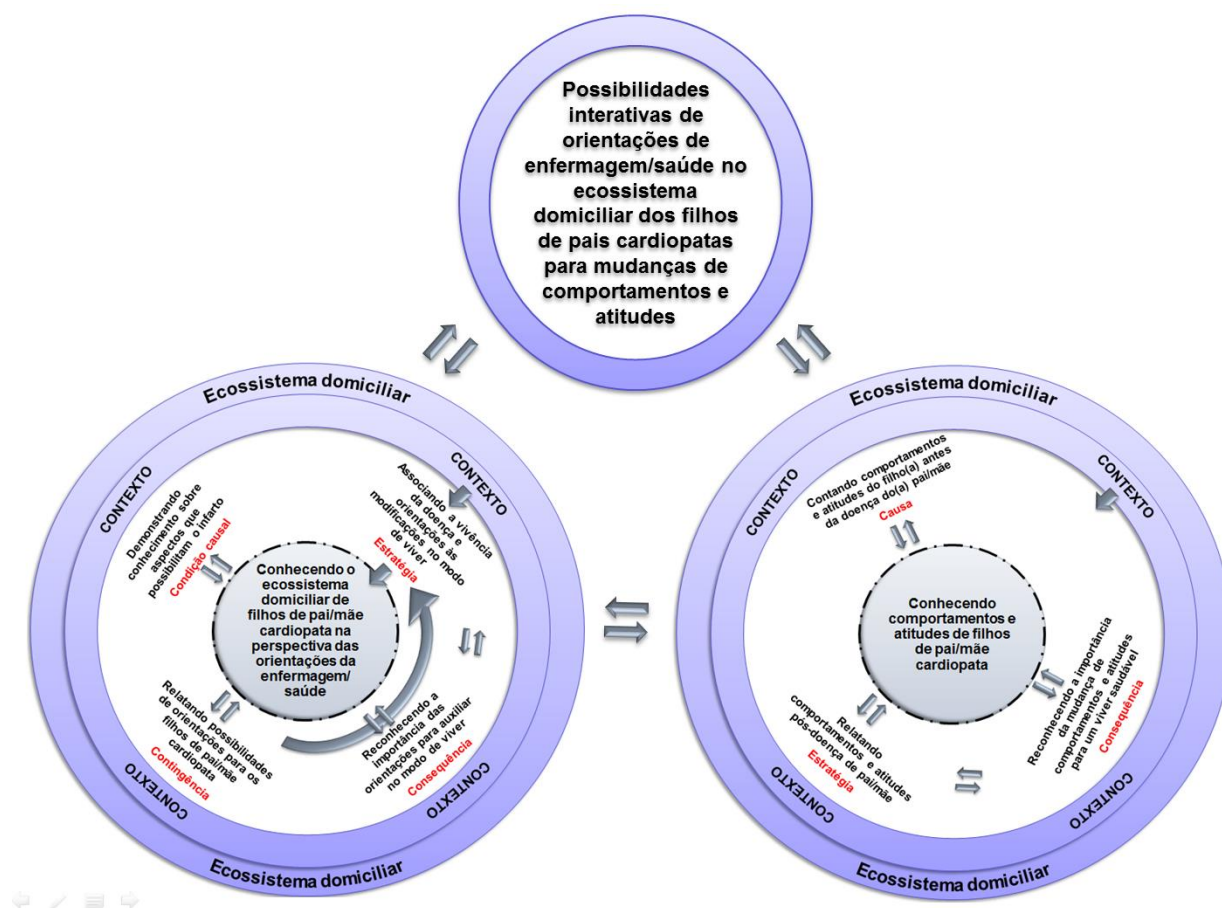


Figura 5 – Categorias emergentes da investigação, relativas à teoria formal
Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

A partir da integração das categorias, a teoria formal intitulada **Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes** apresenta duas categorias como **condição causal**, assim definidas: **Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto**; e **Contando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe**. Possui como **consequência** duas categorias: **Reconhecendo a importância das orientações para auxiliar no modo de viver**; e **Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável**.

saudável. Como **contingência** destacou-se a categoria: **Descrevendo possibilidades de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata**; e como **estratégias** as categorias: **Associando a vivência da doença e orientações com as modificações no modo de viver**; e **Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do(a) pai/mãe** (Quadro 3).

Quadro 3 – Teoria formal, condição e categorias

Teoria Formal	Condição	Categorias
Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes	Causal	Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto
		Contando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe
	Consequência	Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor
		Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável
	Contingência	Descrevendo possibilidades de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata
	Estratégias	Associando a vivência da doença e orientações com as modificações no modo de viver
		Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Os fenômenos, categorias e subcategorias que compõem a categoria formal serão apresentados e discutidos a seguir, além de exemplificados com trechos extraídos das observações e entrevistas realizadas com os filhos de pai/mãe cardiopatas que foram os participantes da pesquisa. Inicialmente será descrita e analisada a categoria central. A categorização geral pode ser observada no Quadro 4.

Quadro 4 – Teoria formal, fenômenos, categorias e subcategorias

Teoria formal	Fenômenos	Categorias	Subcategorias	
4.1 Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes	4.1.1 Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações da enfermagem/saúde	4.1.1.1 Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto	4.1.1.1.1 <i>Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto</i>	
			4.1.1.1.2 <i>Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no(a) pai/mãe</i>	
		4.1.1.2 Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver		
		4.1.1.3 Relatando possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata	4.1.1.3.1 <i>Recebendo orientações médicas</i>	
			4.1.1.3.2 <i>Recebendo orientações do enfermeiro</i>	
			4.1.1.3.3 <i>Recebendo orientações da família</i>	
			4.1.1.3.4 <i>Recebendo orientações por outros meios</i>	
			4.1.1.3.5 <i>Negando orientação de outros profissionais</i>	
		4.1.1.4 Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor		
	4.1.2 Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata	4.1.2.1 Contando comportamentos e atitudes do filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe	4.1.2.1.1 <i>Relatando (des)cuidado de si</i>	
			4.1.2.1.2 <i>Descrevendo comportamentos relativos à atividade física</i>	
			4.1.2.1.3 <i>Descrevendo comportamentos alimentares</i>	
		4.1.2.2 Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe	4.1.2.2.1 <i>Afirmando que não houve mudanças comportamentais e/ou de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe</i>	
			4.1.2.2.2 <i>Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe</i>	Destacando comportamento alimentar
				Destacando comportamentos psicológicos
				Relatando comportamentos de cuidado
			4.1.2.2.3 <i>Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe</i>	Relatando atitudes quanto à alimentação e à atividade física
				Descrevendo outras atitudes de cuidado
		4.1.2.3 Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável		

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Ainda em relação aos participantes da pesquisa, o Quadro 5 demonstra a identificação do perfil de todos os 11 filhos de pai/mãe cardiopatas entrevistados, referentes às três etapas de coleta dos dados, o que corroborou com dois grupos amostrais.

Quadro 5 – Entrevistas realizadas com filhos de pai/mãe cardiopata, durante as duas etapas de coleta de dados – Identificação do perfil dos participantes

N	Data da entrevista	Duração da entrevista	Atuação/profissão do entrevistado	Idade	Sexo	País do participante	Familiar que enfartou
01	19/11/12	00:23:17	Estudante – 8º série do Ensino Fundamental	18	F	Brasil	Pai
02	26/11/12	00:30:31	Operário e estudante 3º Ano Ensino Médio	19	M	Brasil	Pai
03	10/12/12	00:34:12	Do lar	48	F	Brasil	Pai
04	21/01/13	00:54:11	Do lar	53	F	Portugal	Mãe
05	23/01/13	00:25:48	Enfermeira	28	F	Portugal	Pai
06	23/01/13	00:19: 49	Enfermeiro	25	M	Portugal	Pai
07	24/01/13	00:17:07	Enfermeira	28	F	Portugal	pai
08	09/05/13	00:20:04	Estudante universitário	18	M	Brasil	Mãe
09	14/05/13	00:17:09	Dentista	24	F	Brasil	Mãe
10	29/05/13	00:42:13	Arquivista	32	M	Brasil	Pai
11	06/06/13	01:03:01	Estudante do Curso Técnico em Enfermagem	30	F	Brasil	Pai

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

No propósito de assegurar os princípios éticos e legais que regem as pesquisas com seres humanos, os filhos de pai/mãe cardiopatas foram identificados, neste estudo, com o codinome de Filho/Filha, seguido de um algarismo, de acordo com a ordem das entrevistas, e das letras RG, delineando a cidade do Rio Grande, ou P, para a cidade do Porto, e SM, para a cidade de Santa Maria.

É importante enfatizar que a identificação do perfil de filhos de pais cardiopatas torna-se relevante no contexto do ecossistema domiciliar, tendo em vista que resultados análogos à saúde dos pais podem estar relacionados a tópicos desta identificação. Assim, as interações inerentes a esse perfil podem subsidiar resultados com possibilidades futuras de intervenção, tanto em aspectos relacionados à morbidade quanto à promoção da saúde dos filhos.

De acordo com os dados identificados no Quadro 1, percebe-se que a idade biológica pode ser considerada um preditor para desencadeamento de diferentes situações que apresentem circularidade em função do aspecto saúde/doença. A idade abarca perspectivas integrativas tendo em vista aspectos biológicos, genéticos, metabólicos e comportamentais, porquanto a idade biológica pode ser um fator que altere o comportamento humano, quer por vivências compartilhadas, quer por fatores inerentes a determinadas fases do ciclo vital.

Acredita-se, ainda, que a idade biológica pode ser um fator que modifica o comportamento humano em função de diversas situações vivenciadas no cotidiano e possa ter relação direta com hábitos de vida, desencadeamento de morbidades e comorbidades e até mesmo a reprodução de ações e condutas advindas dos pais.

Quanto ao grau de instrução, observa-se que comportamentos e atitudes possam ser diferentes em pessoas que somente estudam, e nas que têm por ocupação exclusivamente o trabalho. Além disso, muitos comportamentos e atitudes relacionados ao ecossistema domiciliar podem ter interconexão direta com o ambiente de trabalho e/ou com o ambiente onde se estuda, visto que o contato próximo com outras pessoas, que constituem outros ecossistemas domiciliares, pode interferir diretamente nos padrões de adoecimento e/ou de saúde.

Inferre-se que a renda familiar e a escolaridade têm forte impacto no desencadeamento de doenças cardiovasculares, pois os padrões socioeconômicos modificaram-se proficuamente nos últimos anos. Com essa mudança houve, também, modificações no contexto domiciliar no que se refere ao acesso a condições saudáveis para viver.

Sabe-se ainda que a escolaridade influencia, diretamente, na busca por informações e, consequentemente, no modo como o cuidado de si e o cuidado domiciliar acontecem. Esta caracterização e/ou perfil pode estar relacionada a outros fatores, ser determinante para o desencadeamento de muitas doenças, em especial, as cardiovasculares, pois o coração é um órgão com grande susceptibilidade às influências do meio.

A situação de cardiopatia em um ambiente familiar possibilita alterações no modo de viver, porém, os filhos de pai/mãe cardiopata apresentam um perfil que lhes é inerente. Este pode ser ou não relevante para o desencadeamento futuro de uma patologia, num contexto específico como o domiciliar que, por sua vez, possui interconexões e bifurcações no modo de entender, viver e interagir com os elementos que constituem este espaço.

O perfil de sujeitos de pesquisa pode ser delineado a partir de variáveis ecossistêmicas, hábitos de vida, antecedentes pregressos relativos à saúde/doença e conhecimento acerca de determinadas situações de saúde. Todavia, observa-se que o perfil e os comportamentos e atitudes ainda são pouco explorados no contexto domiciliar e isso pode, de certo modo, dificultar estratégias de intervenções para a promoção da saúde. Intervenções estas eficazes para a modificação do perfil de morbidade futura. Sendo assim, ressalta-se que a promoção da saúde em relação ao perfil de uma população é importante em todas as fases da vida, entretanto, pode ser ainda mais relevante quando o estilo de vida repercute em alterações significativas do modo de viver e no processo saúde/doença, corroborando para o desencadeamento de estados mórbidos.

A seguir serão delineadas as categorias que emergiram dos dados salientando a categoria formal.

4.1 Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes

A análise das entrevistas permitiu conhecer o ecossistema domiciliar. Este pode ser conceituado como um conjunto de elementos em constante interação abrangendo elementos bióticos como o próprio núcleo familiar, parentes, vizinhos, amigos, comunidade, bairro, rua, clima, e elementos abióticos tais como seres inanimados, os quais formam redes.

Quando se aponta para esse ambiente pensa-se fundamentalmente no núcleo familiar, não especificamente nos tipos de família, mas nas diferentes pessoas que o compõem, havendo troca de energia em um fluxo dinâmico contínuo.

Especificamente, no ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata visualizam-se as interações desse ambiente após a doença do(a) pai/mãe e a ênfase nas modificações desse ecossistema ou no modo de interagir com o mesmo, na perspectiva das orientações de enfermagem, o que culminou na mudança de comportamentos e de atitudes, destacando estes aspectos pelas falas dos filhos.

Assim, em relação à categoria formal serão expostos alguns resultados que corroboram com os fenômenos que serão apresentados posteriormente com suas respectivas categorias e subcategorias.

Na fala a seguir, tem-se que ocorreram modificações no ambiente domiciliar e o direcionamento está na alimentação saudável, porém, o filho clarifica que segue por causa da saúde do pai. Além disso, remete ao pensamento e reflexão de que as pessoas estão sempre recebendo influências de outros ecossistemas e, em relação ao participante da pesquisa, esta influência causa medo e, conseqüentemente, precaução. Pensa-se assim, pois, as influências podem ser positivas e/ou negativas, visto que dependem de quem ou o que influencia e é influenciado.

Houve modificações aqui em casa sim, por exemplo, a alimentação, aqui em casa eu sou obrigado a seguir, já fazíamos antes muitas coisas saudáveis em termos de alimentação, então isso não era o problema, já fazíamos muitas coisas sem sal, agora é mais controlado ainda [...]. Penso que a promoção da saúde no domicílio depende do alvo de quem está recebendo, principalmente, digo isto, porque na época que meu pai enfartou eu não tive a consciência nem pensei nisso, não pensei em mim no cuidado comigo, eu estou a pensar no meu pai unicamente [...] e, eu acho sim, recebemos muita influência do ambiente que nos cerca, e isso muito me assusta às vezes, porque qualquer pessoa que tenha lidado com

doenças ou com morte ou coisas assim isso vai provocar um sentimento de medo e também de precaução, mas depende da pessoa, se leva este medo a sério, se evita, se deixa-se influenciar pelos outros, depende das pessoas, mas, que o ambiente provoca influências, isso, sem dúvida, provoca. (Filho 6 – P)

Enfatiza-se, contudo, que quando os sujeitos constituintes de um ecossistema domiciliar passam por uma situação de risco à saúde, modificam seu comportamento passivo para o sinal de alerta, na espera de que algo possa novamente ocorrer. Além deste fato, expõem que para viver melhor deve ser feito o que é melhor para a saúde.

Chama a atenção, na fala a seguir, a reflexão de que um evento cardiológico não é somente um evento mórbido. Se ele ocorreu, é porque houve a interconexão de diferentes fatores que o condicionaram. Esta explicação sistêmica é que deve ser levada ao ecossistema domiciliar, pois nada do que acontece é por si só um acontecimento, este sempre vem permeado por bifurcações, interações e possibilidades, como foi observado na seguinte fala:

[...] mas em casa ficávamos sempre em sinal de alerta [...] se todos fizermos o que é certo para a saúde viveremos melhor [...] mesmo que a gente faça algumas coisas bem, não se controla tudo [...] acho importante receber orientações no domicílio, acho que é a partir do domicílio que se chega à família que se consegue... pra já não é só um evento cardiológico o infarto, tem outras coisas envolvidas em uma doença cardíaca [...] e estamos sempre recebendo influências de outros ambientes, penso eu, no meu caso de vizinhos, que são os sítios mais próximos, porém cada caso é um caso e às vezes os vizinhos partilham coisas que não deveriam partilhar, como, por exemplo: “o meu lá em casa faz isso, o teu também pode fazer”. Meus pais têm muito o hábito de ver o que o vizinho faz, às vezes acreditam mais nisso do que naquilo que é científico. (Filha 7 – P)

Visualizam-se, também, as seguintes falas que abordam modificações no contexto domiciliar por meio do conhecimento prévio e continuado, pelas possibilidades interativas de orientações:

Ah, sim, lá em casa muitas coisas mudaram e com isso eu mudei junto, mas eu mudei para me cuidar, mesmo porque eu acho que é importante. (Filho 8 – SM)

Aqui em casa eu até incentivo todos a terem uma alimentação saudável, e realmente a alimentação aqui em casa mudou [...] e também acho que toda a família deve mudar de atitude, uma pessoa só mudando, com o tempo pode voltar a fazer tudo como era antes [...] mas todos devem mudar. Com certeza a mudança nas atitudes familiares ou no domicílio pode fazer com que as atitudes se modifiquem para melhor. (Filha 9 – SM)

As falas delineadas demonstram interconexões da categoria central com as demais que correspondem aos fenômenos apresentados. Percebe-se, pelas explanações destacadas, que as interconexões do ecossistema domiciliar são inúmeras, correspondendo às influências mútuas desse ecossistema.

Esta demonstração da teoria formal, sua análise e respectivas falas para ilustrar a mesma fizeram-se necessárias, pois ela corresponde à totalidade da tese. A seguir serão demonstrados os dois fenômenos: **Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações da enfermagem/saúde** e **Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata**. Esses fenômenos serão apresentados de acordo com os elementos que os compõem, quais sejam: códigos, subcategorias e categorias que fundamentaram a categoria central.

4.1.1 Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações de enfermagem

Este fenômeno é constituído de elementos dispostos em quadros específicos para cada categoria que, em termos de modelo paradigmático, exibido na Figura 6, enfocam o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopatas, demonstrando um sistema na perspectiva das orientações de enfermagem.

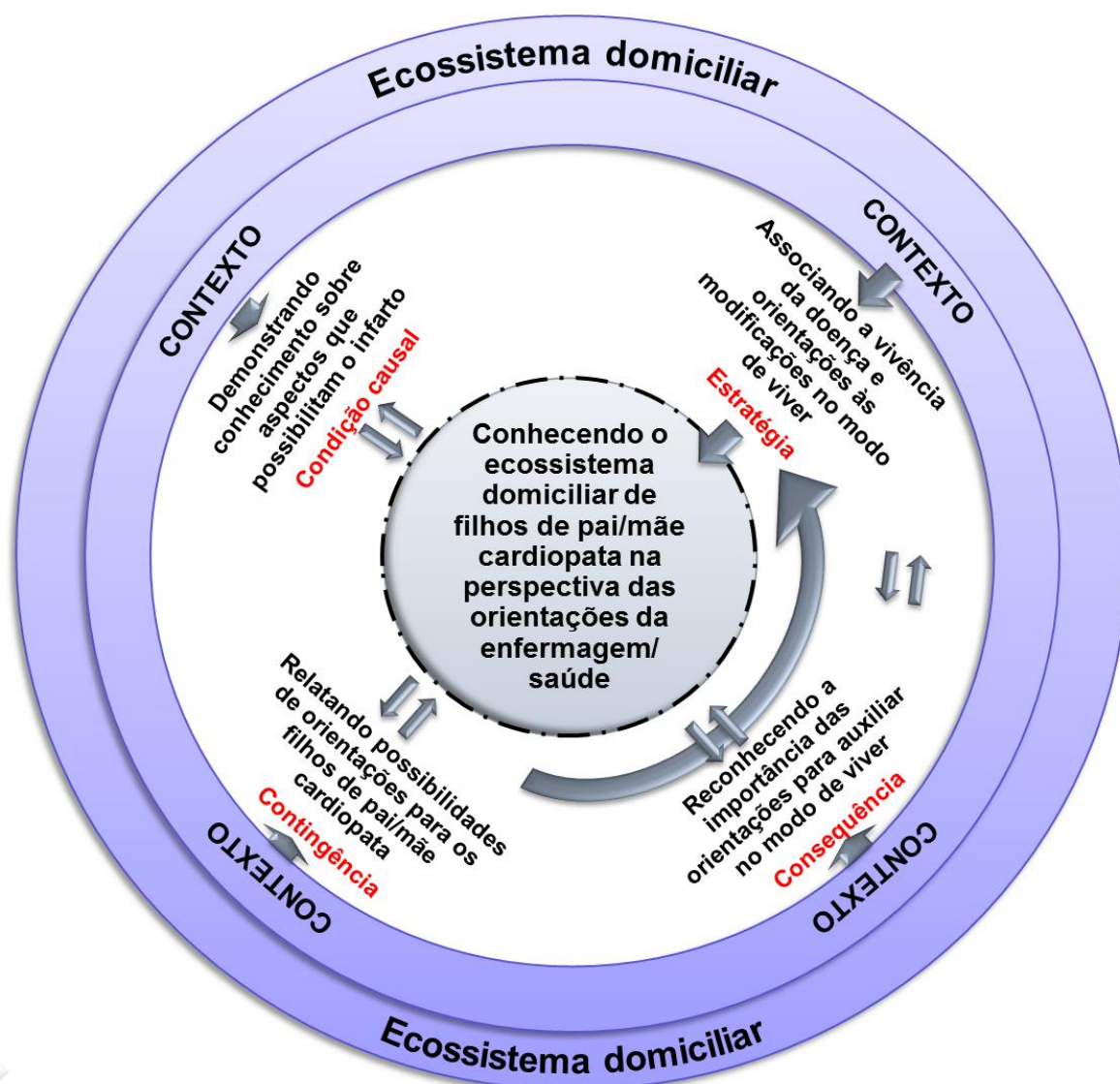


Figura 6 – Modelo paradigmático do primeiro fenômeno: Conhecendo do ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações de enfermagem
 Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

O fenômeno explicitado demonstra todo o contexto domiciliar a partir das relações, interações e conexões da vivência da doença e conexões com as orientações recebidas, em especial, dos enfermeiros percorrendo uma trajetória para as modificações no modo de viver.

Conhecer este ecossistema, em uma perspectiva contextual, implica visualizar o todo a partir da dinâmica das partes e, nesse enfoque, contribuir com possibilidades para modificações em prol de um viver saudável que corrobore com a promoção da saúde.

Assim, as categorias que compõem este fenômeno e suas subcategorias serão descritas uma a uma para oferecer uma melhor compreensão do mesmo.

4.1.1.1 Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto

Destacar aspectos para uma determinada doença ou situação de saúde permite demonstrar elementos de cunhos biológico, demográfico, socioeconômico e ambiental, inerentes a um ecossistema pré-determinado. Esta categoria foi caracterizada como uma das condições **causais** desta pesquisa, por ser uma condição determinante do desencadeamento do infarto por meio de **conceitos** importantes, como conhecimento, fatores de risco, e comportamentos que possibilitam um infarto. Nesse enfoque, por meio desta categoria surgiram duas subcategorias, quais sejam: **Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto**; e **Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no(a) pai/mãe** (Figura 7).

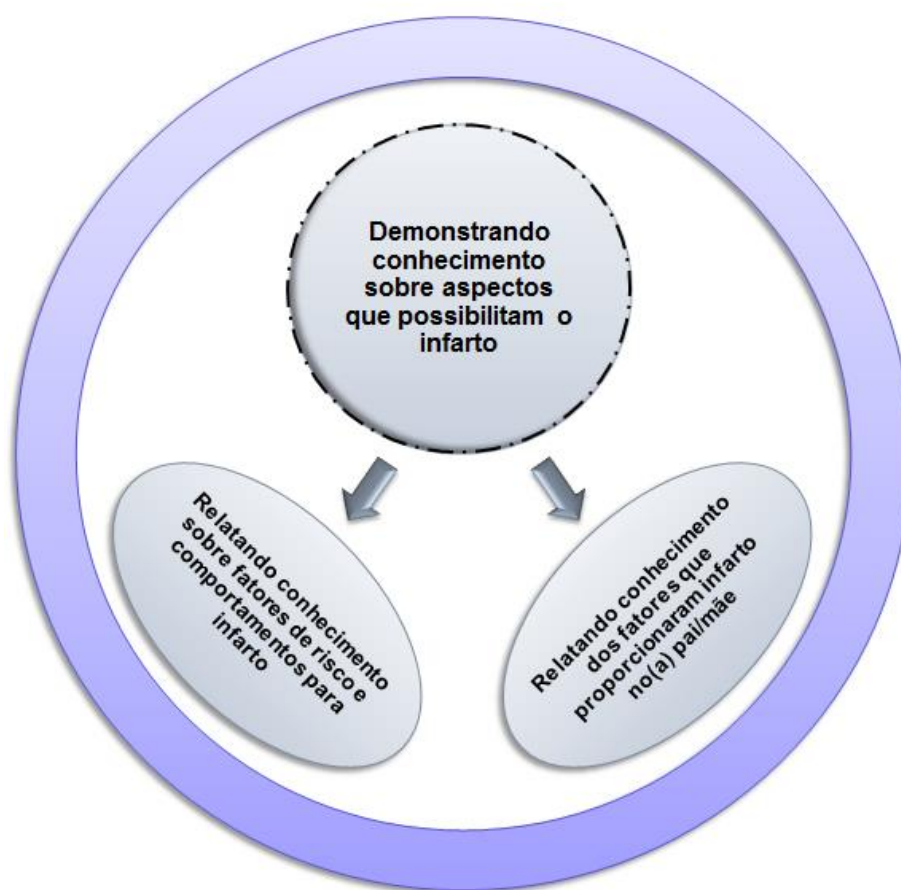


Figura 7 – Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto
 Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.1.1.1 Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto

Apresenta-se o risco sendo utilizado para definir as possibilidades que uma pessoa sadia exposta a fatores ambientais, hereditários, econômicos e culturais tem de adquirir uma determinada doença. Quando os fatores estão associados ao aumento do risco ocorre probabilidade de desencadeamento de doença.

O comportamento pode ser descrito como modo de conduzir algo ou um conjunto de ações de uma pessoa, ações estas observáveis. Nesse enfoque, em relação à doença coronariana, mais especificamente, o infarto, existem algumas características comportamentais que corroboram para a ação-reação das pessoas. Alguns padrões comportamentais e determinadas personalidades estão predispostas a desenvolver doenças coronarianas, que, por evolução, podem ser caracterizadas como infarto.

Esse tópico pode ser visto na fala abaixo:

Agora, uma coisa eu não consigo deixar de comer, e que eu sei que faz mal para o coração, é o pão branco com café, eu fico esperando a hora de tomar meu café à tardinha... eu almoço e já tô pensando em tomar um cafezinho com pão. (Filha 3 – RG)

A fala pôde ser corroborada pela observação do contexto domiciliar, pois foram percebidos durante a conversa a consciência e o conhecimento da filha quanto ao cuidado de si; por diversas vezes enfatizou que conhecia o que fazia mal à sua saúde cardiovascular.

Não sou estressada, não sou ansiosa, e isso é um fator que pode modificar o funcionamento do coração, e outros fatores eu já me cuido não é mesmo? (Filha 5 – P)

Tenho que mudar ainda, porque tenho um fator de risco importante para a doença cardíaca... eu fumo. Meu pai também fumava na altura do infarto, não fumava muito, assim como eu não fumo muito, cinco ou seis cigarros por dia, às vezes um pouco mais ou menos. (Filho 06 – P)

[...] e, como eu tenho casos na família, não só minha mãe, mas meus avós paternos também, então, tenho que me cuidar. (Filho 8 – SM)

Sim, temos história na família... temos meu vô por parte de pai que morreu com 40 e poucos anos de infarto, e teve um primo do meu pai e um tio do meu pai também. (Filha 11 – SM)

Nas três etapas da entrevista, como visualizado pelas falas, os filhos de pai/mãe com morbidades cardiovasculares destacaram alguns fatores de risco e comportamentos sugestivos ao desencadeamento do infarto. Afirmaram que, além do fator genético, estresse, nervosismo, má alimentação e fumo corroboram para o desencadeamento da doença. Dentre os comportamentos sugestivos ao desenvolvimento do infarto que foram destacados nas falas estão o hábito de fumar e de comer pão branco.

Percebeu-se que os filhos que receberam orientações pós-infarto do(a) pai/mãe destacaram com maior ênfase, no decorrer das entrevistas, o fator genético como desencadeante de doença cardiovascular. Isto pela possibilidade de que, ao receberem orientações quanto a fatores modificáveis, os mesmos já estivessem sendo evidentemente modificados para outro padrão de comportamento e de atitudes. Demonstraram, dessa forma, a ocorrência da promoção da saúde no contexto domiciliar, enquanto que outros filhos/as que eventualmente receberam algum tipo de orientação ainda tinham fortemente presentes os fatores de risco modificáveis, pois ainda não haviam conseguido excluí-los ou minimizá-los pós-infarto.

4.1.1.1.2 Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no(a) pai/mãe

Nesta subcategoria os filhos destacaram fatores que podem ter desencadeado o infarto do pai/mãe. Muitos dos pontos elencados corroboram com dados da literatura, como fatores relevantes e determinantes nesse processo. Alguns enfatizaram aspectos psicológicos, como nervosismo e estresse, e outros fatores modificáveis, quais sejam: má alimentação, fumo e colesterol alterado; além de fatores imutáveis, como o genético e, por fim, algumas doenças que podem potencializar o desenvolvimento do infarto, quais sejam a hipertensão e o diabetes. Esses dados podem ser ponderados nas falas a seguir:

Sabe, meu pai é bem nervoso e trabalha de noite e se alimenta mal, por isso enfartou, eu acho... (Filha 1 – RG)

[...] a alimentação dele tava toda errada por ele ser guarda, né. E como ele tava trabalhando de noite, comia de tudo, dizia que tava trabalhando e à noite dava fome e tal... daí comia tudo o que via pela frente, misturava comidas mais pesadas [...]. (Filho 2 – RG)

Temos que rever outros fatores também, por exemplo, meu avô, era hipertenso e enfartou também, então este fator também é importante, é genético não é? (Filha 5 – P)

Aqui em casa não tínhamos nenhum fator de risco para doença exceto meu pai que fumava... ah... comíamos bem também, deve ter sido por isso. (Filha 7 – P)

[...] porque foi por isso que minha mãe enfartou, é o estresse [...] a minha mãe enfartou pelo estresse, ela trabalhava demais, não tinha horário para nada, também não tinha uma vida boa em relação ao cuidado com a saúde, não se cuidava mesmo, se alimentava mal, não fazia atividade física, e daí mais o estresse aconteceu o que aconteceu. (Filho 8 – SM)

[...] e relação ao estresse minha mãe enfartou por causa dele [...] (Filha 9 – SM)

Olha, eu nunca fumei, mas, no caso do meu pai, acho que foi um conjunto de fatores que fez ele enfartar, principalmente a alimentação, o fumo e a genética, né. (Filha 11-SM)

Demonstra-se que os tópicos citados estão interligados ao ecossistema onde os sujeitos vivem e se desenvolvem. Os fatores elencados estão interconectados a aspectos econômicos, sociais, ambientais, além daqueles inerentes ao ser humano. Isso pode ser demonstrado nas falas dos entrevistados, pois alguns justificaram o estresse como desencadeante do infarto pelo aspecto econômico, ou seja, o trabalho estressante; outros filhos destacaram o fumo, ambos inclusos aos aspectos ecossistêmicos.

Outro destaque está na observação de que todos os sujeitos tinham conhecimento do que proporcionou infarto em seu familiar ou, se este não era efetivamente comprovado, suspeitavam de uma circularidade de fatores que foram relevantes para o desencadeamento do processo mórbido.

No Quadro 6 apresenta-se a codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria **Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto**, subcategoria **Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto** e **Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no pai/mãe**

Quadro 6 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto, subcategoria Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
Contando que o que não consegue deixar de comer é o pão branco com café e sabe que isso faz mal ao coração. Dizendo que não é estressada e ansiosa e estes são fatores que podem modificar o funcionamento do coração. Enfatizando que o fator genético também é importante. Contando que um comportamento que tem que modificar é o hábito de fumar. Dizendo que todos sabem que o fumo faz mal ao coração, mas... Dizendo que tem que mudar porque tem um fator de risco importante para a doença cardíaca, o fumo. Contando que, além da mãe, os avós paternos também têm problema cardíaco. Afirmando que tem história familiar de problemas cardiovasculares. Contando que o avô por parte de pai morreu com quarenta e poucos anos de infarto. Contando que um primo e um tio do pai também morreram de infarto.	Relatando conhecimento sobre os fatores de risco e comportamentos para infarto	Demonstrando conhecimento sobre os aspectos que possibilitam o infarto
Afirmando que o pai é nervoso, trabalha à noite e se alimenta mal por isso enfartou. Contando que a alimentação do pai estava toda errada por ele ser guarda. Enfatizando que o pai enfartou por causa do diabetes. Dizendo que eles têm que rever outros fatores, pois o avô era hipertenso e também enfartou. Contando que o pai também fumava na época do infarto. Dizendo que os membros da família não tinham nenhum fator de risco para a doença cardíaca excetuando o pai, que fumava e se alimentava muito. Contando que o pai tinha o colesterol ligeiramente alterado, entre 210 e 220. Contando que mãe enfartou por causa do estresse. Reafirmando que a mãe enfartou pelo estresse. Dizendo que a mãe não tinha uma vida boa em relação ao cuidado com sua saúde. Contando que a mãe comia mal, não fazia atividade física e era estressada, portanto, aconteceu o infarto. Relatando que a mãe enfartou por causa do estresse. Dizendo que no caso do pai foi um conjunto de fatores que fez enfartar, principalmente a alimentação, o fumo e a genética.	Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no pai/mãe	

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.1.2 Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver

Vivenciar uma patologia e, posteriormente, orientações para efetivar as modificações no modo de viver permite inter-relação, interconexão e possibilidades de mudanças. Nesse sentido, esta categoria configura-se com uma condição **estratégica** com **códigos interativos** no **contexto** domiciliar, pois inter-relaciona o modo de viver em um determinado ambiente, neste caso, o ecossistema domiciliar, com uma vivência das doenças cardiovasculares e orientações acerca da promoção da saúde e prevenção destas. Esta categoria pode ser visualizada pelos fragmentos das entrevistas abaixo destacadas:

[...] então, como dizem por aí, “santo de casa não faz milagre”, então parece que precisou acontecer um episódio desses com a gente para a gente mudar. (Filho 8 – SM)

[...] a vida que eu tenho hoje em parte tem a ver com a doença da mãe, porque me fez repensar na vida, nos valores e nas prioridades [...] a modificação no modo de viver vem com o tempo. Mesmo com o medo, com o susto e com o conhecimento, a mudança sempre é difícil, principalmente quando estamos acostumados com determinadas atitudes e comportamentos. (Filha 9 – SM)

[...] acho importante participar de grupos de orientação, mas também tem que partir da gente a mudança. (Filho 10 – SM)

[...] depois que acostumam é mais difícil mudar, então estou incentivando a mudarem porque, por exemplo, se eu tomar refrigerante, é claro que eles vão tomar também, então agora eu tô mudando e tô incentivando todos a mudarem também. (Filha 11 – SM)

No Quadro 7, a codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria **Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver**.

Quadro 7 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver

CÓDIGOS	CATEGORIA
Dizendo que precisou ocorrer o episódio do infarto para eles mudarem. Comentado que a vida que tem hoje em parte tem a ver com a doença da mãe. Dizendo que a doença da mãe a fez repensar a vida, os valores e as prioridades. Dizendo que a modificação no modo de viver vem com o tempo. Dizendo que a mudança é difícil principalmente quando se está acostumado com determinadas atitudes e comportamentos. Dizendo que é importante participar de grupos, mas a mudança também deve partir de nós. Dizendo que depois que as pessoas se acostumam com alguns comportamentos é mais difícil mudar. Dizendo que está incentivando a família a mudar.	Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.1.3 *Relatando possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata*

Quando se fala em orientação, atenta-se para o fato de que pessoas irão receber mais do que uma informação, pois subsidia-se a ideia de que a orientação é uma informação pautada em um saber que foi testado, implementado, emergindo resultados positivos em consonância com algo que se quer mudar, aprimorar e/ou estabelecer uma possibilidade de promover mudanças interativas. Portanto, esta categoria exprime **contingência**, por esta ser uma condição que pode ou não acontecer, mas, se efetivamente ocorrer, poderá modificar e/ou interferir na vivência/experiência das pessoas. Em analogia, as orientações podem possibilitar mudanças para os filhos de pai/mãe cardiopatas, se efetiva e eficazmente aconteceram.

Nesta categoria emergiram as subcategorias: **Recebendo orientações médicas;** **Recebendo orientações do enfermeiro;** **Recebendo orientações da família;** **Recebendo orientações por outros meios;** **Negando orientação de outros profissionais** (Figura 8).

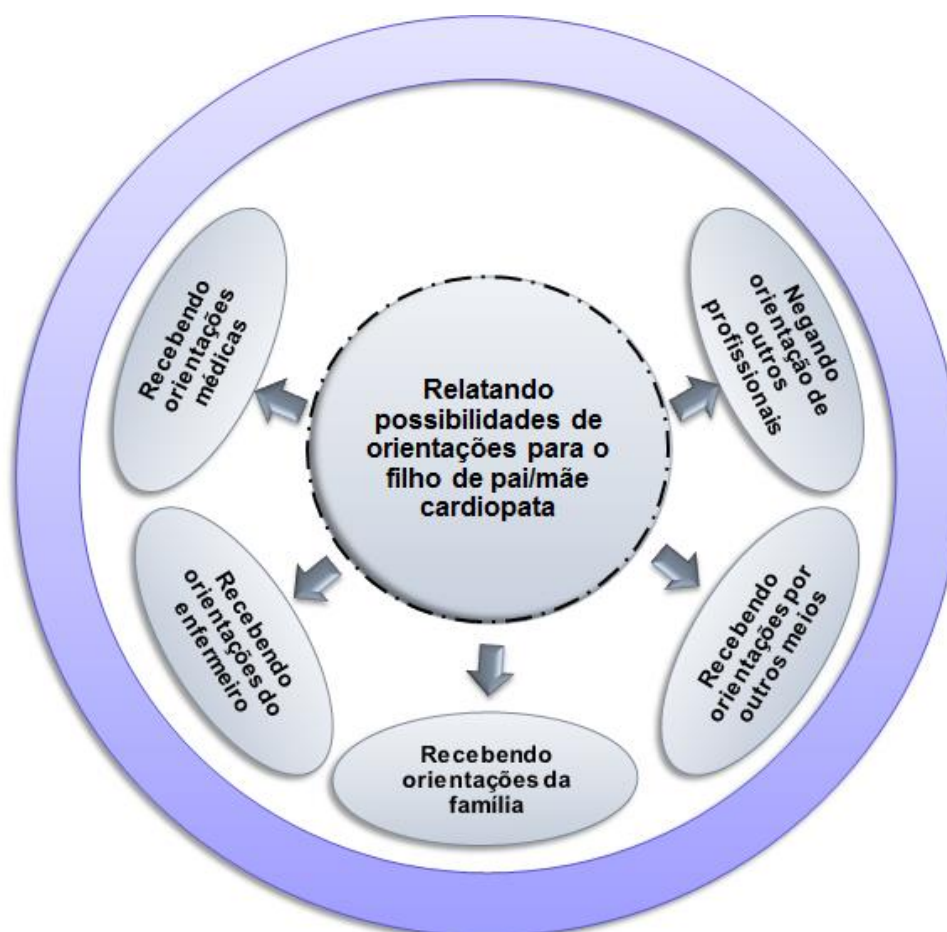


Figura 8 – Descrevendo possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopata
Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.1.3.1 Recebendo orientações médicas

A orientação médica ainda continua, na atualidade, pautada em pontos específicos do que se quer focar e interferir na saúde humana e/ou no processo de doença. Assim, sabe-se que a orientação médica é baseada na análise clínica pautada no modelo biomédico, o que corrobora para avanços da profissão, porém, fragmenta o sujeito na perspectiva sistêmica. Essa fragmentação talvez possibilite uma facilidade no manejo das orientações, mas deixa falhas em alguns aspectos, por não visualizar o ser humano em constantes interações e equilíbrio dinâmico. Vê-se esta fragmentação nas falas a seguir:

Ah, quem orientou a gente quando meu pai enfartou foi o médico. [...] ele orientou para cuidar da saúde, se alimentar bem, fazer atividade física, não se estressar, não fumar, porque isso prejudica o coração. (Filha 1 – RG)

Abaixo, outra orientação que, ao aprofundar a reflexão acerca da mesma, acredita-se mais ser uma informação, pois não exemplifica e tampouco estabelece a importância de medidas para a promoção da saúde.

Os médicos dizem que não é bom comer, encher bem a barriga, e ir deitar, tem que fazer algum exercício antes. (Filho 2 – RG)

[...] mas meu pai, depois do infarto da minha mãe, começou a conversar bastante comigo e eu fui mudando minha alimentação, ele me orienta porque é médico. (Filho 8 – SM)

Os dados explicitados apontam para a descrição de uma importante observação, pois, ao chegar ao domicílio, por volta das 14 horas, ainda percebi a mesa posta do almoço. A Filha 1-RG convidou-me a sentar na sala de estar. Na mesa da cozinha observei alguns alimentos que eles haviam ingerido e dentre eles frituras e refrigerante. A observação destacada não corrobora com a fala da participante, pois, de certo modo, não demonstrou um cuidado alimentar conforme fora orientada.

Nestas colocações abordam-se aspectos pontuais, tanto no primeiro grupo amostral quanto no segundo. Aspectos que direcionam a fatores de risco importantes para o desencadeamento de uma doença cardiovascular, porém, não consideram o ecossistema domiciliar, que pode ter uma influência única no absorver-fazer e refazer as orientações recebidas. Acredita-se, ainda, que conhecer os domicílios, e a partir deles orientar, abrange não só o conhecimento técnico, mas, também, do meio e suas múltiplas e possíveis interconexões.

4.1.1.3.2 Recebendo orientações do enfermeiro

A importância da perspectiva sistêmica para o cuidado de enfermagem estabelece como um de seus pilares a orientação do enfermeiro em diferentes condições do processo saúde/doença.

O meu irmão na época já era enfermeiro, meu irmão mais velho, ele foi quem nos orientou [...] sim, sim, foi ele que orientou. (Filha 5 – P)

Bem, no meu caso, o pai participou de um grupo de orientações pós-infarto e, algumas vezes, eu fui junto e recebi orientações também. (Filho 10 – SM)

Sim, recebi orientações, em especial, das minhas professoras enfermeiras. Elas orientam e comentam algumas coisas que são simples e a gente, pelo menos eu, comecei a dar mais importância, porque são orientações de pessoas que a gente tem mais confiança [...]. (Filha 11 – SM)

Em relação ao exposto, por um dos filhos de pai/mãe cardiopata (Filha 5 – P), percebe-se que somente um enfermeiro forneceu orientação no contexto domiciliar e, ainda, este mesmo enfermeiro é irmão e filho, contribuindo para que ocorra a disseminação de orientações no ambiente domiciliar. Porém, excetuando o aspecto de ser enfermeiro e familiar, os demais sujeitos do estudo receberam orientações de enfermeiro, mas em outros contextos que não o domiciliar.

Salienta-se que a aproximação com a família por parte do enfermeiro permite um conhecimento abrangente acerca das condições de vida dos sujeitos envolvidos em um processo de orientação no ecossistema domiciliar. Isso possibilita o reforço das ações de saúde direcionadas por outros meios e, além disso, desenvolve nos sujeitos a independência de ações e a reflexão acerca das orientações fornecidas em um ambiente singular – o domiciliar.

4.1.1.3.3 Recebendo orientações da família

A família pode ser designada como um grupo de pessoas que interagem e estão interconectadas pelo fator biológico, de parentesco ou por afeto. É o primeiro espaço onde

ocorrem as interações entre os seres e, conseqüentemente, trocas de informações, orientações e despertar a um conhecimento novo.

Remetendo-se ao pensamento e à reflexão acerca de orientações da família para ela mesma, sugere-se que estas pessoas que conhecem as necessidades uns dos outros apresentam empatia e viabilizam determinadas orientações que são passadas de geração em geração.

Determinado grupo de filhos pesquisados apontou que foram orientados por um membro da família – a avó – porém, não foram orientações de cunho científico e, sim, questões básicas, que possivelmente este membro da família já trazia consigo e foi repassando, apesar de ser da área da saúde.

Na verdade tem a minha avó que era enfermeira e se aposentou, ela trabalhava na antiga [nome do hospital]. Era enfermeira e auxiliar de cirurgia. Ela tem conhecimentos básicos, mas, assim, ela nos fala mais ou menos por cima do conhecimento que ela já tem, mas são coisas assim, não come isso que faz mal, se a gente adoecer ela orienta, mas nada muito aprofundado. (Filho 2 – RG)

Para cuidar de uma família e, conseqüentemente, orientá-la, os membros deste mesmo núcleo devem inserir-se nesta realidade e vivenciá-la, de modo único, identificando suas dificuldades, e auxiliá-la mesmo não apresentando conhecimentos aprofundados acerca de um agravo específico.

Meu marido diz: “calma, tens que se cuidar mais”... mas eu não consigo. (Filha 4 – P)

Toda minha família me ajudou, me orientou, porque todos são profissionais da saúde, não é. (Filha 5 – P)

Minha mãe está sempre a chamar a atenção... “já chega”, “come menos”, e nós filhos vamos cedendo para que meu pai se cuide também. (Filho 6 – P)

[...] eu tive sim algumas orientações em casa da minha família, para que houvessem mudanças [...]. (Filha 9 – SM)

Esta fala pôde ser confirmada pela observação, tendo em vista que foi observado um filho bastante preocupado com a saúde do pai, talvez porque o mesmo tenha enfatizado inúmeras vezes que era este pai que proporcionava sustento a toda a família.

Nessas falas percebe-se que as orientações dos familiares já são mais direcionadas para as necessidades do ser humano pós-evento cardiológico, pois emergiram os seguintes aspectos: ter calma e orientações acerca da alimentação. Pode ser que estas orientações tenham sido sucintas e sem uma fundamentação específica, em ambos os grupos amostrais, porém, os familiares, como neste caso, ajudam muito a minimizar diferentes fatores por meio da orientação, o que poderia ser prejudicial caso as orientações não fossem fornecidas.

4.1.1.3.4 Recebendo orientações por outros meios

Um dois meios frequentemente procurados pelas pessoas, de modo geral, para investigação de assuntos pertinentes à saúde é a mídia eletrônica. Porém, deve-se considerar que esta procura por orientações, quando se enfatizam as questões de saúde, deve ser pautada na orientação de qualidade, por profissional efetivamente cadastrado em órgãos de classe e que abarque a fidedignidade destas orientações.

Pôde-se perceber que a população também busca orientações de saúde na Internet, como direciona a fala a seguir:

[...] a Internet me orienta e a gente conversando entre nós [...] eu mesma estou sempre na Internet lendo, olhando uma coisa e outra a respeito, sempre me informando.
(Filha 3 – RG)

Acho que, todos nós, a todo momento, recebemos de alguma forma orientações, a mídia está aí sempre noticiando, né. (Filho 10 – SM)

Vê-se a Internet como uma possibilidade de orientação em um mundo repleto de interconexões. As discussões em redes, os acessos ilimitados a diferentes sistemas de informação também corroboram para que temas como os da saúde possam ser discutidos e liberados no mundo eletrônico.

Porém, acredita-se que o trabalho de orientação *in loco* continua sendo a melhor opção de orientação referente a diferentes aspectos e dúvidas que poderão surgir no decorrer de um diálogo ou por meio da observação de um ambiente complexo como o domiciliar, e este fato pode ser observado pela fala da Filha 3 – RG.

4.1.1.3.5 Negando a orientação de outros profissionais

A orientação interdisciplinar ou multiprofissional configura-se como um dos mecanismos mais eficazes nos dias atuais, quando se quer abranger uma determinada população para mudanças comportamentais e de atitudes em consonância com uma vida mais saudável.

De acordo com os depoimentos desta pesquisa fica claro que não havia orientação interdisciplinar e tampouco multiprofissional, pois lê-se que:

Não, não, outros profissionais não me orientaram, só o médico. (Filha 1 – RG)

A princípio, aqui que eu tenha conhecimento... aqui não, tem uma senhora que mora mais pra lá... que também é enfermeira que trabalha aqui no posto de saúde... mas, que sei, ninguém orienta. (Filho 2 – RG)

Não ninguém me orientou. (Filha 3 – RG)

Nunca ninguém me orientou que a gente fizesse mais do que aquilo que a gente já sabe... ninguém me disse nada por curso nenhum. (Filha 5 – P)

Não, não, não, ninguém me orientou, quer dizer, como sou enfermeiro, agora tenho consciência, posso e tenho grandes riscos, mas ninguém me orientou. (Filha 6 – P)

As falas mostram dados preocupantes, principalmente, porque as doenças crônicas não transmissíveis, em especial, as cardiovasculares, estão fundamentalmente interligadas ao sistema a que o indivíduo está exposto. Nesse propósito, orientar de modo multidisciplinar pessoas que ainda não foram acometidas por estas doenças crônicas aqui delineadas, os filhos, pode fornecer subsídios para a sua minimização futura no constructo domiciliar.

Observa-se que somente o primeiro grupo amostral destacou esta categoria, tendo em vista que o segundo grupo amostral recebeu orientações efetivas pós-infarto de pai/mãe, pois o segundo grupo não destacou déficit de orientação dos profissionais da enfermagem/saúde (Quadros 8 a 12).

Quadro 8 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações médicas

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Afirmando que recebeu orientações do médico para cuidar de sua saúde. Dizendo que o médico orientou para cuidar da saúde, se alimentar bem, fazer atividade física, não se estressar, não fumar, pois estes fatores prejudicam o coração. Contando que os médicos dizem que não é bom comer e ir deitar. deve-se fazer algum exercício antes. Dizendo que após o infarto da mãe, seu pai que é médico começou a conversar bastante com ele sobre mudança de hábitos alimentares. Contando que recebe orientações do pai que é médico.	Recebendo orientações médicas	Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 9 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações do enfermeiro

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Contando que após o evento cardiológico do pai, o irmão mais velho que é enfermeiro orientou a família quanto aos cuidados com a saúde. Confirmando que no ambiente domiciliar recebe orientações do irmão que é enfermeiro. Contando que o pai participou de um grupo de orientações pós-infarto com enfermeiros e algumas vezes ele foi junto. Dizendo que muitas orientações são simples, porém começou a dar maior importância. Contando que as orientações são de pessoas em quem ela tem confiança.	Recebendo orientações do enfermeiro	Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 10 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações da família

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Dizendo que a pessoa que o orienta quanto a cuidados com a saúde é a sua avó que era “enfermeira” e estava aposentada. Afirmando que a avó tem conhecimentos básicos, e fala acerca deles. Afirmando que o conhecimento que a avó adquiriu é básico, como, por exemplo: “não come isso ou aquilo”. Dizendo que se eles adoecem a avó orienta, mas não são orientações aprofundadas. Contando que o marido diz para ela ter calma, se cuidar mais, mas ela diz que não consegue. Dizendo que toda a sua família a ajudou e orientou porque todos são profissionais da saúde. Contando que a mãe está sempre chamando a atenção quanto à alimentação e eles vão cedendo para que o pai se cuide também. Contando que teve algumas orientações em casa para que houvesse mudanças.	Recebendo orientações da família	Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 11 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Recebendo orientações por outros meios

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Contando que busca orientações na Internet. Contando que está sempre na Internet, lendo, olhando uma coisa e outra e sempre se informando. Contando que a Internet ajuda. Dizendo que todos nós, a todo momento, recebemos orientação. Contando que a mídia está sempre noticiando.	Recebendo orientações por outros meios	Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 12 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe, subcategoria Negando a orientação de outros profissionais

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Dizendo que não recebeu orientação de outros profissionais. Dizendo que não tem conhecimento de alguém que o oriente sobre saúde próximo à sua casa. Dizendo que ninguém o orientou para cuidar da saúde pós-doença do pai. Relatando que nunca recebe orientações de ninguém para fazer nada. Contando que nunca ninguém lhe recomendou que ela fizesse mais do que aquilo que já sabe. Contando que nunca ninguém lhe disse nada. Reafirmando que nunca ninguém a orientou em nenhum curso. Afirmando que após o infarto do pai ela não recebeu orientações de nenhuma equipe de saúde especificamente. Contando que não recebeu orientações de ninguém para cuidar de sua saúde. Dizendo que é enfermeiro, tem consciência de que pode e tem grandes riscos para doença cardíaca, mas que ninguém o orientou.	Negando a orientação de outros profissionais	Relatando possibilidades de orientações pós-infarto do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.1.4 Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor

O modo de viver é inerente a cada ser humano e corrobora com o ecossistema domiciliar, local onde ocorrem as interações mais próximas no núcleo familiar. Nesse sentido, ao reconhecer a importância das orientações nesse meio, estas podem subsidiar um viver melhor por promover uma prática compartilhada com os demais membros de uma família. Esta categoria insere-se na condição de **consequência** pelo fato de que o modo de viver pode ser modificado se o entorno colaborar para que a mudança aconteça. Neste ambiente destacam-se as orientações fornecidas pelos profissionais da saúde que, de modo interativo e interconectado, propiciam subsídios para melhorar o modo de viver no ecossistema domiciliar. Nesta categoria não emergiram subcategorias.

Reflete-se nas falas a seguir:

Olha, na verdade auxiliam, mas não muito, porque isso eu já sabia [...]. (Filha 1 – RG)

Ah, hoje em dia quanto mais conhecimento tu absorver melhor, mesmo que seja por cima ou não, sempre é bom, é aquela história, as coisas boas a gente tem que ficar e as ruins eliminar... é, tem que ser. (Filho 2 – RG)

As falas expostas expõem o fato de que as orientações auxiliam no modo de viver, conforme expresso pelos filhos de pai/mãe cardiopata. Porém, a ênfase destas explanações está no conhecimento prévio, porque já eram detentores deste saber e de orientações superficiais que, mesmo assim, são consideradas como complementares e auxiliam no modo de vida que gerenciam.

Contaram, também, que as informações da Internet auxiliam no modo de viver. Sabe-se que hoje a Internet tornou-se um aliado do ser humano para diferentes enfoques e, em relação à saúde, muitos acessos são feitos em busca de orientações específicas, como mediador e/ou auxílio no modo de viver.

[...] as informações da Internet? Ah, sim, com certeza auxiliam. (Filha 3 – RG)

Remeteram, também, à ênfase de que as orientações da própria família, como no caso do irmão, que é enfermeiro, auxiliam sobremaneira no modo de vida. Neste caso, enfatiza-se que, além de ser familiar, ele era profissional da saúde com conhecimento técnico científico, e este conhecimento, juntamente com a experiência profissional, na opinião expressa na entrevista, proporciona uma fidedignidade nas orientações.

Além disso, percebeu-se também a confiança entre receptor e emissor das orientações. Sabendo que a confiança nasce do vínculo, este é fundamental quando se quer proporcionar, por meio de uma orientação, uma vida melhor e mais saudável.

Sim, eu conto muito com meu irmão, ele me auxilia no sentido de ser enfermeiro, de ter orientações técnicas e de estar atuando como tal... Sim, sem dúvida, qualquer dúvida que eu tenha e que eu não saiba não é... por ele ter mais experiência que eu... eu sempre recorro a ele, ele auxilia sim. (Filha 5 – P)

Afirma-se, também, que as orientações melhoram a vida em família, sendo uma boa estratégia de prevenção e promoção da saúde. Isto porque todos os elementos do ecossistema familiar são atingidos, direta ou indiretamente, sejam eles filhos, pais, familiares, escola, igreja, todos são atingidos por uma orientação, e são essas interações existentes no núcleo familiar que possibilitam a promoção de um viver saudável.

As orientações eram um bom passo para melhorar a vida em família, seria uma boa estratégia, não sei até que ponto resultaria, mas era uma boa estratégia, prevenção, não é? Olha, eu acho que seria um bom passo, não sei até que ponto, também depende muito das pessoas que iriam fazer e das que iriam receber. (Filho 6 – P)

O segundo grupo amostral não relatou especificamente a importância das orientações para auxiliar no modo de viver, possivelmente, porque estas orientações já estavam arraigadas no seu viver cotidiano ou porque não existiam (Quadro 13).

Quadro 13 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor

CÓDIGOS	CATEGORIA
Relatando que as orientações não auxiliam muito no seu modo de viver porque ela já conhecia estas orientações. Afirmando que, mesmo sendo uma orientação básica, a mesma auxilia no modo de viver. Dizendo que hoje em dia, quanto mais a pessoa absorver de orientações, mesmo que seja por cima, sempre é bom. Afirmando que as orientações que lê na Internet, ou que algum profissional fornece auxiliam no seu modo de viver. Contando que as orientações que o irmão passou pós-infarto do pai para ela e família auxiliam e auxiliaram no seu modo de viver. Afirmando que as orientações do irmão auxiliam no seu modo de viver, pois qualquer dúvida que ela tenha e não saiba, sempre recorre ao irmão por ele ter mais experiência. Dizendo que acredita serem importantes as orientações domiciliares pós-infarto e acredita ser um bom passo para melhorar a vida familiar, uma boa estratégia, Reafirmando que considera importantes orientações domiciliares pós-infarto. Relatando que a promoção da saúde domiciliar seria um bom passo para a saúde dos filhos, porém não sabe até que ponto dependeria das pessoas que iriam fazer e receber.	Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.2 Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata

Conhecer comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata remete a conhecer ações e reações mediante experiências e vivências. No constructo desta tese a vivência é em relação à doença dos pais. Este é um segundo fenômeno que retrata as ações mais íntimas e inerentes do ser humano, conforme visualizado na Figura 9. Assim, denomina-se **Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata**, pois os comportamentos e atitudes podem ser modificados pelas interações com o contexto onde as pessoas vivem, convivem e se desenvolvem.

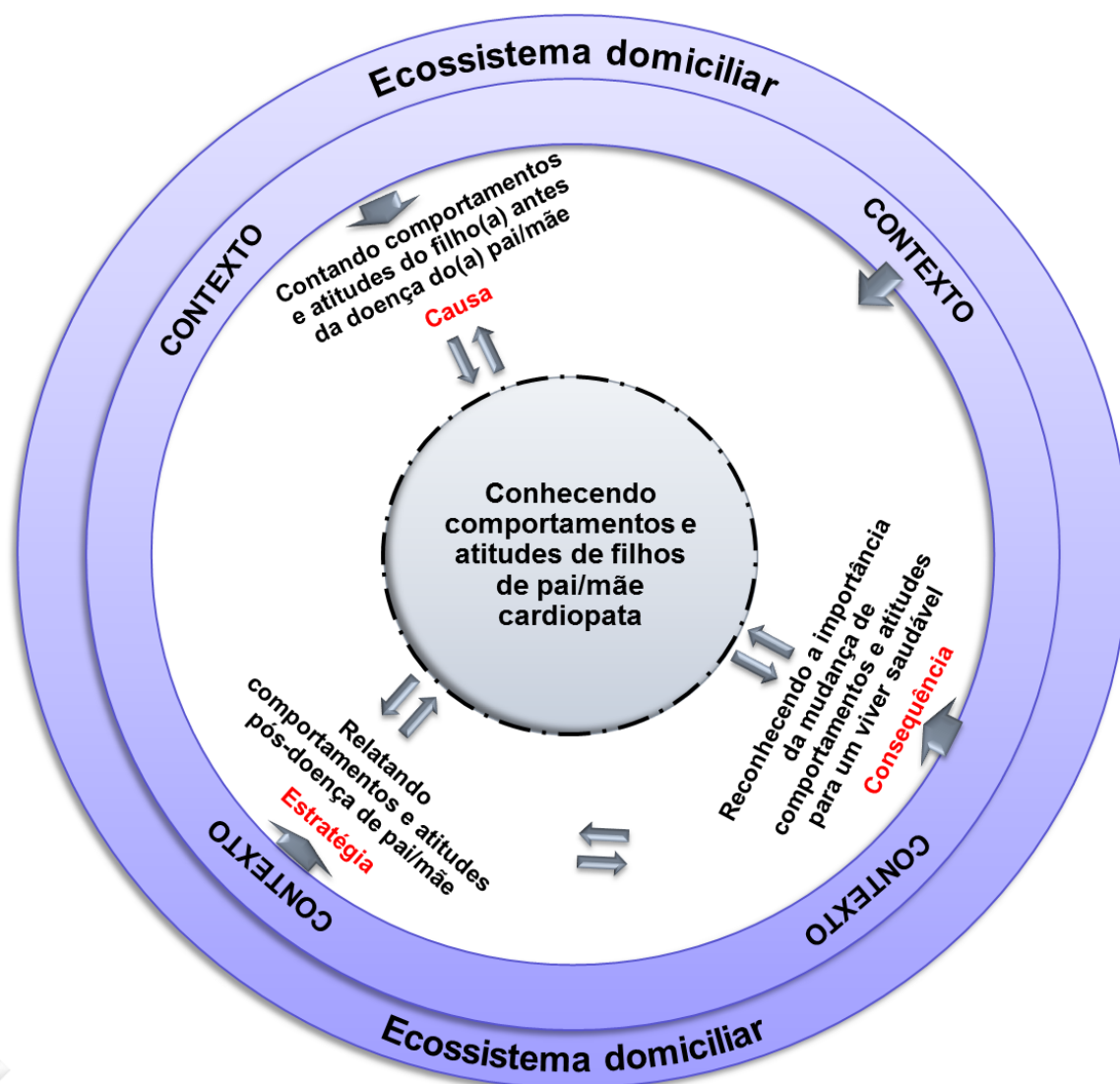


Figura 9 – Modelo paradigmático do segundo fenômeno intitulado: Conhecendo comportamentos e atitudes de filhos de pai/mãe cardiopata

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

Este fenômeno remete a categorias com ênfase em comportamentos prévios ao infarto de pai/mãe, comportamentos e atitudes pós-doença do(a) pai/mãe e o reconhecimento da importância da mudança comportamental e de atitudes para uma vivência saudável pós-evento patológico. Mudanças estas para uma vivência em um ecossistema que pode corresponder à base do ser humano quanto à promoção da de sua saúde – o domiciliar.

4.1.2.1 Contando comportamentos e atitudes do filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe

Na maioria das vezes o comportamento que o ser humano apresenta, anterior a um acontecimento significativo, seja de saúde, social, familiar dentre outros, é apreendido do exemplo dos pais, familiares, amigos e/ou significantes que vivem e convivem em um mesmo espaço. No caso de filhos de pais com morbidades cardiovasculares, possivelmente, muitos dos comportamentos e atitudes antes da doença do(a) pai/mãe eram provenientes destes, seja pelo fator genético ou pelo convívio diário. Por isso, esta categoria caracteriza-se como uma das condições **causais**, por representar as atitudes e os comportamentos de uma vivência domiciliar anterior a um acontecimento mórbido.

Assim emergiram as subcategorias: **Relatando (des)cuidado de si**; **Descrevendo comportamentos relativos à atividade física**; **Descrevendo comportamentos alimentares** (Figura 10).

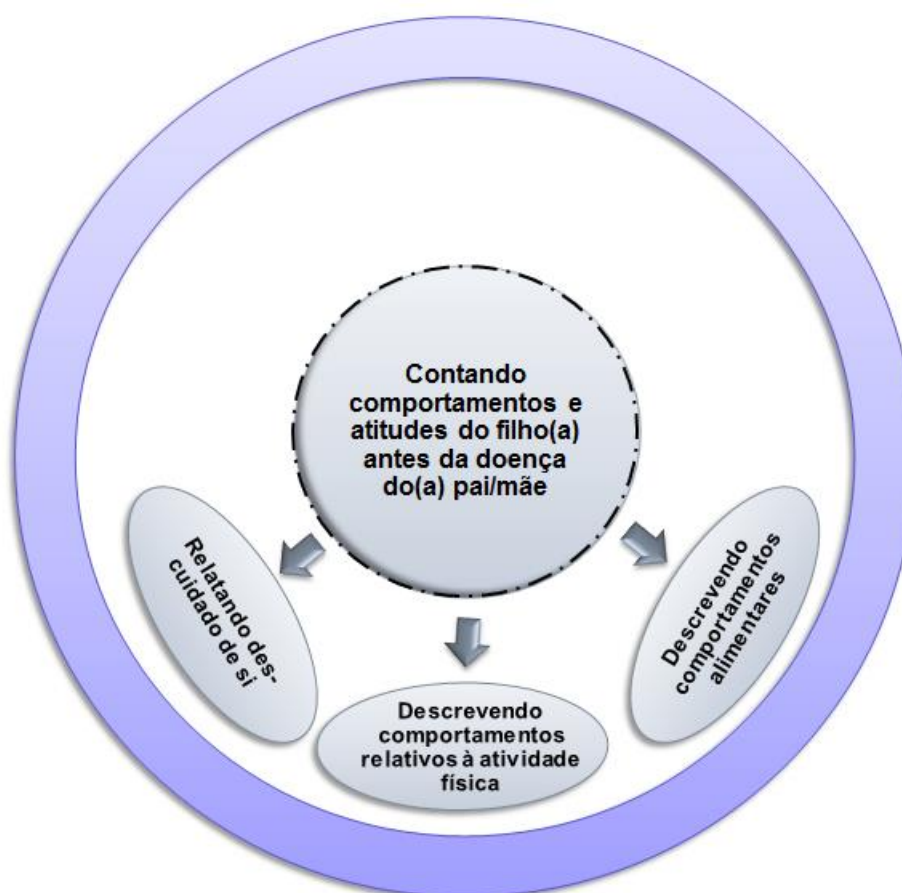


Figura 10 – Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe
 Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.2.1.1 Relatando o (des)cuidado de si

Cuidar de si próprio revela uma característica do ser humano própria de sua natureza, demonstrando preocupação, inquietação e inter-relação de diferentes aspectos e contextos. Porém, a falta de cuidado ou o (des)cuidado de si, em relação à condição de saúde, revela diferentes enfoques, e pode remeter à falta de conhecimento, à negação, perda de zelo por si mesmo ou, até, demonstrar atitudes e comportamentos apreendidos ao longo dos tempos, como observado nos participantes deste estudo.

Visualiza-se a subcategoria **Relatando o (des)cuidado de si** pelas falas:

[...] nós antes acabávamos por lá em casa... quer dizer, eu tentava fazer minha família ter hábitos saudáveis, mas sempre havia desvios, eu não me importava com isso, a gente sabe o que é certo, mas eu não me importava, não valorizava isso. Porque as orientações, as informações, eu já tinha antes do infarto do meu pai, mas não as cumpria tanto [...]. (Filha 7 – P)

Em relação aos participantes da pesquisa, percebe-se que o conhecimento nem sempre é um fator que leva o ser humano a desempenhar um cuidado efetivo em relação à sua saúde. Existem outras condições que podem interferir, tais como um comportamento já instituído no contexto familiar, a não valorização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou a não modificação de atitudes e comportamentos, destacando-se aqui o conhecimento do que é certo, porém, a não valorização da relevância de um cuidado mais efetivo em prol de um viver saudável.

Percebe-se pelas falas o (des)cuidado de si, antes da doença dos pais, porém, ainda, corrobora-se que algumas informações já estavam disponíveis e, mesmo assim, havia comportamentos e atitudes que não contemplavam um cuidado preventivo e de promoção da saúde, talvez por influências do ecossistema domiciliar e suas inter-relações. Nesta interconexão poderia estar a deficiência efetiva de uma promoção da saúde que direcionasse ao sistema vigente, como foi observado, informalmente, em alguns ecossistemas domiciliares.

Observa-se que aqueles filhos(as) que receberam orientações pós-infarto do(a) pai/mãe também relataram descuido de si antes da doença, podendo ser vislumbrado nas falas a seguir:

Eu era muito preocupada e ansiosa, muito mais do que hoje, sim, estressada, acho que eu era estressada [...]. (Filho 9 – SM)

Não, antes não, antes do infarto do meu pai eu não fazia caminhadas (Filho 11 – SM)

Essas falas direcionam para aspectos explicitados de que as influências do meio onde as pessoas vivem interferem de maneira objetiva nas ações de cuidado do ser humano, por reprodução de comportamentos e atitudes arraigadas em um determinado contexto, mas com possibilidades de mudanças.

4.1.2.1.2 *Descrevendo comportamentos relativos à atividade física*

Um ponto forte descrito em relação aos comportamentos dos filhos antes do infarto de pai/mãe foi em relação à atividade física, a qual suscitou a subcategoria: **Descrevendo comportamentos relativos à atividade física**, como pode ser analisada abaixo:

Mas eu fazia sim, fazia... e, aliás, eu sempre andava a pé também, e o fato de meu pai ter enfartado, depois eu também insistia com ele na atividade física, algumas vezes eu ia com ele. (Filha 7 – P)

[...] eu faço atividade física desde criança, [...] mas, também, era só o esporte antes da mãe enfartar, era a única coisa. (Filho 8 – SM)

Em relação a esta subcategoria analisa-se, pelas falas em ambos os participantes de grupos amostrais distintos, um comportamento de cuidado relativo a um fator importante para evitar doenças cardiovasculares, que é a atividade física. Além disso, denota-se o fato de que este comportamento prévio ao infarto do pai suscitou, após o episódio mórbido, o estímulo para que o pai também se exercitasse. Tem-se esta clareza, pelo fato de que o comportamento relativo à atividade física envolve comprometimento quanto ao cuidado de si, além de zelo e solidariedade em relação ao cuidado do pai cardiopata.

4.1.2.1.3 *Descrevendo comportamentos alimentares*

Outro tópico importante avaliado em relação ao comportamento dos filhos antes do infarto de pai/mãe foi quanto ao comportamento alimentar, como pode ser analisado pela fala:

[...] antes eu comia muita comida gordurosa, agora não [...] sabe, eu gostava muito de comer bacon [...]. (Filho 8 – SM)

Destaca-se este comportamento alimentar, pois a fala reafirma um fator importante para desencadeamento de doença cardiovascular. Percebeu-se, também, pelo fragmento supracitado e pela observação, que o participante tinha conhecimento de que esse comportamento possibilitaria desencadeamento de doença cardíaca. Assim, denota-se que um comportamento alimentar prévio e nocivo à saúde, se modificado rapidamente, pode suscitar a prevenção de doença e corroborar para promoção da saúde (Quadro 14).

Quadro 14 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe. Subcategorias: Relatando (des)cuidado de si; Descrevendo comportamentos relativos à atividade física; Descrevendo comportamentos alimentares

CÓDIGOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Dizendo que antes do infarto do pai sabia o que era certo em relação à saúde, mas não valorizava isso. Afirmando que as orientações, as informações, ela já tinha, mas não as cumpria tanto. Dizendo que era muito preocupada e ansiosa, muito mais do que hoje. Enfatizando que era estressada sim. Contando que antes do infarto do pai não fazia caminhadas.	Relatando (des)cuidado de si	Contando comportamentos do(a) filho(a) antes da doença do(a) pai/mãe
Dizendo que antes ela fazia atividade física. Contando que sempre andava a pé. Contando que faz atividade física desde criança. Dizendo que antes da mãe enfartar só se cuidava por meio do esporte.	Descrevendo comportamentos relativos à atividade física	
Contando que antes comia muita comida gordurosa. Relatando que gostava muito de comer bacon.	Descrevendo comportamentos alimentares	

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

4.1.2.2 *Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe*

Na atualidade, discussões acerca de comportamentos e atitudes tornam-se necessárias, tendo em vista a rapidez com que se processam as mudanças no ambiente onde o ser humano está inserido. Nesse sentido, pelas entrevistas realizadas surgiu uma categoria que corrobora com os **comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do(a) pai/mãe**. Esta categoria classifica-se como **estratégia**, pois retrata uma ação desencadeada após um processo, neste caso, após um processo mórbido. Assim, corresponde a uma categoria estratégica, pois os comportamentos e atitudes após este evento patológico caracterizam-se como caminhos, manejos e/ou mecanismos para se atingir uma determinada resposta. Suscitam trajetória

mútua, interdependência, interação de efeitos, colaborando para mudanças significativas no agir em prol de algo que se quer alcançar.

Compõem esta categoria duas subcategorias: **Afirmando que não houve mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe**; **Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe**. Nesta subcategoria emergiram outras subcategorias, quais sejam: **Destacando comportamento alimentar**; **Destacando comportamentos psicológicos**; **Relatando comportamentos de cuidado**; **Relatando mudanças de atitudes**, corroborando com outras subcategorias, sendo elas: **Relatando atitudes quanto à alimentação e à atividade física** e **Descrevendo outras atitudes de cuidado** (Figura 11).

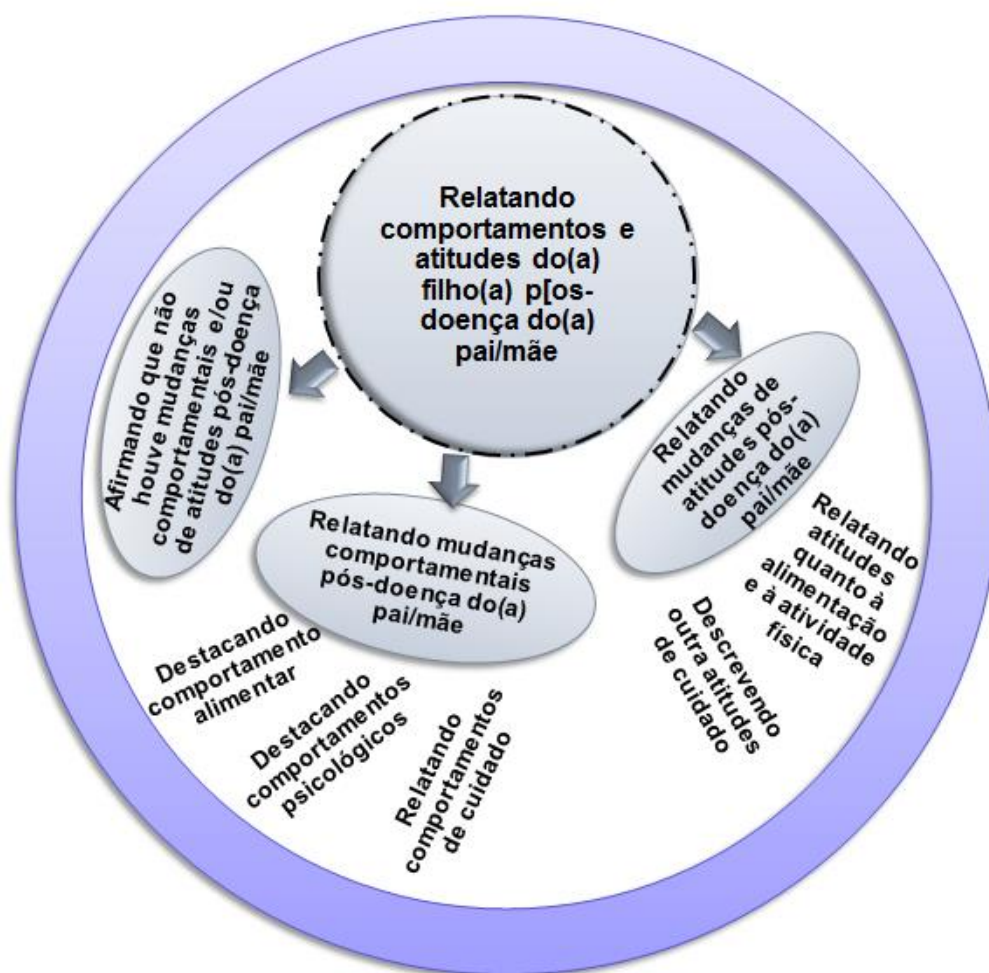


Figura 11 – Descrevendo atitudes e comportamentos do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe.
Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

4.1.2.2.1 Afirmando que não houve mudanças comportamentais e/ou de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe

Considerando o ecossistema domiciliar o *locus* onde as pessoas estão inseridas, vivem, convivem e se inter-relacionam, mudanças comportamentais e de atitudes podem ser difíceis de acontecer, pois há possibilidade de haver processos atrelados a comportamentos antigos, mesmo em um mundo dinâmico com diferentes ações e interações.

Esse dado foi corroborado por alguns filhos de pai/mãe cardiopata como se vê nas falas a seguir:

[...] na verdade não... não mudei meu comportamento, a única coisa que continuo fazendo e que me disseram que era importante para a saúde é a atividade física, tô numa academia aqui mesmo no meu bairro, mas eu já fazia antes dele enfartar. (Filha 1 – RG)

No enfoque de Filha 1 – RG não houve mudança, mas, sim, manutenção de um comportamento de realização de atividade física que já havia previamente ao infarto do pai, com possibilidade de ter sido mantido por medo e/ou receio de que, em um futuro próximo, possa ela estar desencadeando uma condição semelhante à do pai.

Ainda destacam-se as falas:

Eu? Não mudei nada, eu não faço nada (risos), o que vou te dizer... meu dia a dia é esse [...] (Filha 4 – P)

No momento eu acho que não, não mudei e não preciso mudar meu comportamento, pelo menos penso que não. (Filha 5 – P)

Não, a meu ver, não, sou uma pessoa pacífica, não mudei mais nada, não sou uma pessoa estressada, não tenho grandes responsabilidades para logo. (Filha 6 – P)

Olha, não muito, a doença dele foi tudo muito rápido, nem deu tempo para pensar, mas acho que não mudei em nada não. (Filha 10 – SM)

[...] no momento do infarto do meu pai eu me apavorei, daí tu tem todos os cuidados, né, mas comigo... bah!, comigo não sei se eu mudei algo, acredito que não [...] não, não mudei nada, o fato de ter acontecido tudo o que ocorreu não me fez modificar as coisas que eu já fazia antes. (Filha 11 – SM)

As falas apontam que não houve mudanças comportamentais por parte alguns filhos de pai/mãe com morbidades cardiovasculares. Talvez este dado tenha emergido por demonstrarem que a preocupação era maior com o pai e/ou mãe do que consigo mesmo, como filho. Observa-se que, muitas vezes, os familiares pensam somente nas mudanças

comportamentais daqueles que foram protagonistas do estado patológico ou, talvez, a mudança comportamental no ecossistema domiciliar seja difícil de ser instituída por fatores e aspectos já arraigados neste ambiente.

Em análise comparativa pode-se dizer, ainda, conforme foi observado, que sair da zona de conforto provoca medo do novo, e a mudança de um ambiente estático para um dinâmico pode corroborar para novas ações e possibilidades, as quais o ser humano ainda não está apto a executar.

4.1.2.2.2 *Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe*

O ser humano, em sua condição existencial, possui autonomia nas suas ações, decisões e interações, assim como pode não haver mudanças comportamentais e de atitudes após um episódio que gera desconforto no ecossistema domiciliar, pode haver mudanças significativas neste contexto. Como consequência, em relação a esta subcategoria apareceram outras interconectadas a ela, quais sejam: **Destacando comportamento alimentar, Destacando comportamentos psicológicos, Relatando comportamentos de cuidado.** Estas subcategorias serão demonstradas a seguir.

Destacando comportamento alimentar

O comportamento alimentar há muito tempo tem sido estudado como um fator de risco importante para inúmeras patologias, bem como desempenha uma ação importante na prevenção e no tratamento de inúmeras morbidades e comorbidades. Em relação às morbidades cardiovasculares este dado não é diferente, assim, corrobora-se com o fato de que após um evento cardiológico o comportamento alimentar pode mudar no contexto domiciliar. Este fato foi destacado nas falas a seguir:

É difícil ficar sem comer besteiras, mas tô tentando... fumar eu não fumo, como te disse tô tomando bastante água e faço academia. (Filha 1 – RG)

Olha, na verdade eu sempre fui meio chato para estas coisas, assim... eu presto atenção no que eu como, procuro não comer fora, na rua, porque tem comida assim, que a gente não conhece, né. E assim procuro comer mais frutas, ter uma vida saudável,

principalmente agora, tomar bastante a água, evitar guloseimas e gorduras e aquilo tudo que a gente sabe que não faz bem pra saúde. (Filho 2 – RG)

[...] ah, muitas coisas mudaram, principalmente minha alimentação [...]. (Filho 8 – RG)

Ah, este é meu problema, minha alimentação não é muito saudável pela minha diversidade de horários diferentes, os lanches são minhas preferências, meu comportamento alimentar precisa ser mudado. (Filha 9 – SM)

Quando estou fora de casa, no meu ambiente de trabalho, acabo almoçando na prefeitura, mas sempre procuro comer alimentos saudáveis, levo lanches de casa para o intervalo das refeições, acho que quanto à alimentação eu me cuido bem. (Filho 10 – SM)

Então agora é que eu tô me policiando e tentando melhorar a minha alimentação. (Filha 11 – SM)

As falas apontam que após o problema cardiológico dos pais houve uma preocupação com o comportamento alimentar em ambos os grupos, embora no segundo grupo amostral esta mudança e a reflexão acerca da alimentação tenham sido mais efetivas. Mesmo havendo tentativas de melhor estabelecer este comportamento, observou-se que a convivência no contexto domiciliar é um fator importante para que comportamentos antigos perpetuem. Nesse sentido, os filhos(as) acreditavam que a mudança comportamental deva atingir todos os elementos deste ecossistema, a família como um todo, e os condicionantes e determinantes da saúde.

Destacando comportamentos psicológicos

Em relação às mudanças comportamentais dos filhos emergiu uma subcategoria intitulada: **Destacando comportamentos psicológicos**. Assim, enfatiza-se que o comportamento psicológico remete ou tem origem em aspectos emocionais, conforme pode ser visualizado pelas falas dos filhos(as):

[...] ah, e também procuro não ficar nervosa nem estressada, isso ajuda a enfartar. (Filha 1 – RG)

Olha, no meu dia a dia eu procuro não me estressar por qualquer coisa, acho que a vida deve ser levada mais light. Mas, claro, né, dependendo da situação há momentos que eu me estresso sim, mas de modo geral sou flexível e a flexibilidade ajuda muito, sou bem calma. (Filha 11 – SM)

O nervosismo e o estresse possibilitam a liberação de mediadores químicos e de hormônios que podem propiciar a vasoconstrição, e que, na presença de uma placa de ateroma podem possibilitar o desencadeamento de oclusão de vasos levando ao infarto. Assim, os participantes da pesquisa demonstraram conhecimento ao citar o nervosismo e o estresse como fatores desencadeantes de morbidades cardiovasculares, o que leva a acreditar que, ao passar por uma situação de doença, alguns fatores podem corroborar para a prevenção e promoção da saúde, pela mudança comportamental dos sujeitos envolvidos e/ou que vivenciaram a situação de modo proximal, como no caso dos filhos. Seguem-se outras falas que ilustram esta condição:

Pois é, fico preocupada... preocupada, com meu pai, porque agora estamos distantes e não sei se ele está se cuidando ou indo ao médico. (Filha 1 – RG)

Antes mesmo da minha mãe vir morar conosco, eu já era muito ansiosa e agora fiquei mais, tenho medo de que aconteça algo com ela. [...] meu maior problema é esta ansiedade, este nervosismo. (Filha 4 – P)

[...] ah, outra coisa que lembrei agora que tento controlar, porque foi por isso que minha mãe enfartou, é o estresse. Eu tento me manter calmo no dia a dia, tento não me estressar por pequenas coisas. (Filho 8 – SM)

Bem, com esta vivência, basicamente eu mudei a maneira de pensar e de ver o mundo [...] repensei a maneira de viver e de se relacionar e comecei a pensar mais o cuidado [...] agora sou mais tolerante, respiro uma, duas, três vezes, se for preciso, aprendi a ter mais controle emocional, sabe... não é fácil, mas, estou tentando modificar este comportamento estressor. (Filha 9 – SM)

[...] pelo contrário, sou calmo. (Filho 10 – SM)

Olha, no meu dia a dia eu procuro não me estressar por qualquer coisa [...] Não sou bem calma. (Filha 11 – SM)

A fala da Filha 4 teve maior ênfase por meio da observação, pois, no momento da entrevista, ao conversar, observou-se que a todo o momento ela pedia licença para ir ver a mãe, além disso, demonstrou ansiedade ao relatar este fato no decorrer da conversa. Percebeu-se também que, estando somente as três no domicílio no momento da entrevista, a todo o momento a filha tentava visualizar o que a mãe estava fazendo, pois tinha visão direta dos dois ambientes, quarto e sala. Esse fato gerava ansiedade no sujeito do estudo, não somente em relação à condição da mãe, mas em função do ser e fazer, como filha de mãe cardiopata.

Pode-se perceber que as mudanças de comportamentos psicológicos obtiveram dupla via e algumas bifurcações, nesta trajetória da doença dos pais em relação ao comportamento dos filhos. Em alguns momentos vislumbra-se que uma das filhas procurava se cuidar não ficando nervosa nem estressada, utilizando estes fatores como de risco para um infarto futuro. Em contrapartida, a ausência do pai em seu cotidiano gerava preocupação, ou seja, um comportamento que possibilita o estresse.

Também nota-se que o infarto da mãe alterou o comportamento psicológico de uma das filhas de modo negativo, pois passou a ficar mais ansiosa do que antes. Isso direciona ao pensamento de que um estado alterado de saúde, se não for trabalhado no contexto proximal dos sujeitos envolvidos, ou seja, o ecossistema domiciliar, pode alterar não somente esse contexto, mas, em especial, o comportamento psicológico que é, indubitavelmente, relevante para se promover saúde e evitar outros estados patológicos e, ainda, corroborar para um modo de viver com qualidade de vida.

Em contraponto, denota-se que o grupo amostral que recebeu orientações pós-infarto apresentou um comportamento psicológico de maior cuidado com agentes estressores que podem corroborar com fatores de risco. Além disso, este comportamento era continuamente refletivo para evitar a reprodução de comportamentos psicológicos agressivos ao cuidado de si.

Relatando comportamentos de cuidado

Um comportamento de cuidado está relacionado ao processo de desenvolvimento do ser humano e, também, à sua história de vida. O ecossistema e todos os elementos que o constituem influenciam no comportamento de cuidado.

Especificamente quanto a estes dados, pode-se dizer que a natureza das interações entre os sujeitos envolvidos no ecossistema domiciliar corroboram para um comportamento de cuidado, seja ele por uma mudança em relação a um processo de recuperação ou de manutenção da saúde, seja por orientação de outros elementos que constituem este ambiente.

Nesta subcategoria 3 houve o destaque quanto à manutenção e/ou manifestação de um comportamento de cuidado, porém, os filhos não destacaram, especificamente, que cuidado é era este. Assim, vislumbra-se, na maioria das falas, o destaque quanto ao cuidado de si, como pode ser analisado a seguir:

Não, eu não fumo. (Filha 1 – RG)

Olha, na verdade me mostrou que eu tenho que tomar mais cuidado comigo mesmo, é aquela história, né... É a mesma coisa que um automóvel, se a gente fica andando sem reparo, daqui a pouco dá problema. É a mesma coisa o nosso corpo, é nosso instrumento, se a gente não tomar cuidado, não tiver um cuidado com alimentação adequada, ter um modo de vida mais ou menos dentro do padrão que se pede, a gente pode apresentar problemas no coração ou na cabeça, independente de qualquer lugar é aquela história, né, teu corpo é teu instrumento. Eu não fumo, nunca fumei, também não bebo só, socialmente. (Filho 2 – RG)

Numa perspectiva sistêmica o cuidado de si, conforme o relato, envolve a capacidade de interações entre indivíduos e o meio. Ao mesmo tempo, permite o desenvolvimento de autonomia, de análise e de reflexão, com base nos exemplos e nas perspectivas.

Bem, eu sempre tive e mantive um cuidado com certas coisas, não sou hipertensa, mas apesar disso eu sempre mantive um cuidado com a minha saúde, agora mais, [...] não como muito sal, mantive também o cuidado de andar mais a pé, apesar de não ser muito rígido, porque não preciso, pelo menos por enquanto. (Filha 5 – P)

Só mais tarde eu comecei a ter um cuidado comigo, até porque minha mãe faz questão de alertar sempre e é a única que não é da área da saúde. (Filho 6 – P)

[...] e, quanto aos meus comportamentos, olha, eu mudei sim, depois que minha mãe enfartou [...] então tenho que me cuidar [...] mas eu mudei para me cuidar mesmo, porque eu acho que é importante. (Filho 8 – SM)

Não, nunca fumei. (Filha11 – SM)

Observa-se que os filhos demonstram comportamentos de cuidado com sua saúde, porém, não especificam ao certo que comportamentos de cuidado são estes. Mesmo assim, acreditam que o cuidado faz parte de um processo de inter-relações, pois citam em suas falas a sua importância. Enfatiza-se que para ocorrer cuidado de si deve haver interconexões e possibilidades para que o mesmo evidentemente aconteça.

4.1.2.2.3 Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe

A atitude pode ser conceituada como uma ação mediante um comportamento já instituído e/ou modificado, em função dos aspectos dinâmicos do ecossistema.

Especificamente neste estudo, os participantes, por meio de suas respostas, corroboraram com a subcategoria denominada **Relatando mudanças de atitudes**, e desta apareceram outras subcategorias, quais sejam: **Relatando atitudes quanto à alimentação e à atividade física** e **Descrevendo outras atitudes de cuidado**.

Relatando atitudes quanto à alimentação e à atividade física

As atitudes podem estar relacionadas a diferentes fatores, desse modo, quando o ser humano modifica uma atitude ou cria uma nova, acredita-se ser pelas modificações positivas na sua vida cotidiana, o que pode colaborar para um viver melhor.

Fica evidente pelas falas apresentadas que as mudanças de atitudes após a doença cardiovascular do(a) pai/mãe são as que corroboram com o conhecimento geral da população acerca de fatores condicionantes de doença cardíaca. Assim, apareceram modificações de atitudes quanto à alimentação e à atividade física, conforme as falas a seguir:

A minha filha, a de 15 anos, gostava de biscoitinhos aqueles recheados, eu dava tudo e sei que é gordura trans, mas, depois que meu pai enfartou, eu mudei. Daí um dia eu disse pra ela, não, vamos fazer assim, eu vou comprar um por semana, tu vai comer, mas acabou, e eu não vou comprar outro. Então eu não compro, aliás eu compro bem menos agora. Procuro evitar chips e estas bobagens que a gente acha como desculpa para comer devido à correria do dia [...]. Queijo também é uma coisa que a gente tá evitando, evitando muita gordura, muito sal. (Filha 3 – RG)

Destacam-se preferências alimentares e o conhecimento acerca do que é bom para uma condição saudável e o que pode contribuir para piorar essa condição. Nesse enfoque, observa-se pela fala e pelo contexto que, após o infarto do pai, houve uma mudança de atitude da filha no ecossistema e esta atitude modificada contribuiu para modificações alimentares de todas as pessoas que se inseriam nesse meio, suas filhas, esposo e os pais que viviam e conviviam nesse ambiente.

A alimentação é controlada agora por causa da pressão alta da mãe, então todos comemos a mesma comida. Quando tenho tempo, caminhamos, meu marido e eu, aqui próximo, onde tem uma pista de caminhada. (Filha 4 – P)

Às vezes as pessoas mudam de atitudes para que outras de seu convívio também mudem. Percebe-se isso na explanação da Filha 4 – P, do primeiro grupo amostral, pois houve

mudanças de atitudes em relação à alimentação, porém, ao refletir acerca da fala, percebe-se que a mudança foi em prol da mãe, protagonista do infarto.

Não como muito sal, mantive também o cuidado de andar mais a pé [...] então depois que ele enfartou mantive cuidado com a alimentação, com exercício físico, sim, eu mantive. (Filha 5 – P)

[...] então eu intensifiquei a atividade física porque vejo que ela é importante para a prevenção de doenças [...] eu diminuí muito a gordura na comida, antes eu comia comida gordurosa, agora não, carne vermelha era outra coisa que eu gostava muito e diminuí o consumo também. (Filho 8 – SM)

Percebe-se em relação aos filhos do primeiro grupo amostral que a maior parte das modificações de atitudes foi em prol do cuidado com os pais, ou seja, mudaram de atitudes para que os pais também o fizessem. Em contrapartida, um dos filhos do segundo grupo amostral deixou claro em sua explanação que a mudança foi para prevenir uma doença futura, pois considerava a prevenção importante.

Descrevendo outras atitudes de cuidado

Caracteriza-se atitude de cuidado como ações que corroboram para modificações significativas no modo de viver do ser humano. A ênfase em relação a outras atitudes de cuidado dos sujeitos da pesquisa pode ser percebida pelas explanações a seguir:

Ah, eu estou tomando bastante água, eles disseram que a água é importante. (Filha 1 – RG)

Fumar eu não fumo, também não bebo [...] E, quanto aos outros fatores, eu já me cuido, não é mesmo? (Filha 5 – P)

Depois que a mãe enfartou, o que eu fiz foi intensificar a prática da atividade física. (Filho 8 – SM)

Penso que a minha principal mudança de atitude foi em relação ao estresse [...] sim, praticamente foram mudanças de atitudes relativas ao estresse. (Filha 9 – SM)

[...] e também eu não fumo, não bebo, nunca tive estas atitudes. (Filho 10 – SM)

As atitudes de cuidado destacadas dizem respeito ao uso do tabaco, importante fator de risco para doença cardiovascular, por propiciar vasoconstrição arteriolar e arterial; ao uso de álcool, fator que também pode possibilitar doenças vasculares futuras; bem como outros já

conhecidos pelos sujeitos, porém, não citados nas falas. Destacou-se, também, o consumo de água, importante líquido para as reações bioquímicas celulares.

Por meio dos achados percebe-se que são atitudes pontuais pautadas, muitas vezes, no que acreditavam ser importante ou no que, com o decorrer dos anos, apreenderam no próprio núcleo domiciliar, como manejo fundamental para ter saúde (Quadros 15 a 17).

Quadro 15 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe, subcategoria Afirmando que não houve mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Afirmando que não mudou atitudes e comportamentos após a doença do pai. Contando que não faz nada para cuidar de sua saúde (risos). Dizendo que não faz nada por ela. Enfatizando que no momento pensa não ser necessário mudar seu comportamento em relação ao cuidado. Relatando que com o passar dos anos não modificou nada em suas atitudes e comportamentos. Dizendo que não houve outras mudanças de comportamento após a doença do pai. Relatando que a doença do pai não propiciou muitas modificações comportamentais em relação à sua saúde. Dizendo que em relação a ela não sabe se houve mudanças, acredita que não. Dizendo que o fato de ter ocorrido o infarto do pai não a fez modificar coisas que já fazia antes.	Afirmando que não houve mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe	Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 16 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe, subcategoria Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Afirmando que é difícil ficar sem comer besteiras, mas está tentando. Afirmando que presta atenção no que come. Afirmando que procura comer mais frutas, ter uma vida saudável, principalmente agora. Afirmando tomar bastante água, evitar guloseimas e gorduras e tudo o que não é proporcional para a saúde. Contando que após o infarto da mãe muitas coisas mudaram, principalmente sua alimentação. Contando que seu comportamento alimentar precisa ser mudado. Contando que quando está no ambiente de trabalho almoça na prefeitura. Relatando que procura comer alimentos saudáveis. Dizendo que leva lanches de casa para o intervalo nas refeições. Falando que quanto à alimentação se cuida bem. Contando que está se policiando e tentando melhorar sua alimentação. Afirmando que procura não ficar nervosa nem estressada. Dizendo que fica preocupada. Dizendo que fica preocupada com seu pai. Contando que, mesmo antes de a mãe ir morar com eles, já era muito ansiosa, e agora ficou mais. Observando que a todo momento a filha pedia-me licença para ir ver a mãe. Observando que durante nossa conversa demonstrava ansiedade ao falar. Relatando medo de que aconteça algo com a mãe. Dizendo que outra coisa que tenta controlar é o estresse. Dizendo que tenta não se estressar por pequenas coisas. Dizendo que tenta se manter calmo no dia a dia. Abordando que mediante a vivência/experiência da mãe modificou basicamente a maneira de pensar e de ver o mundo. Contando que repensa a maneira de viver, se relacionar, e pensa mais em cuidado. Contando que agora é mais tolerante, respira uma, duas, três vezes se for preciso, ter mais controle emocional. Dizendo que não é fácil, mas está tentando modificar o comportamento estressor. Dizendo ser calmo. Dizendo que no dia a dia procura não se estressar por qualquer coisa. Contando que é bem calma. Afirmando que não fuma. Dizendo que a doença do pai mostrou que tem que tomar mais cuidado consigo mesmo. Dizendo que sempre foi chato para o cuidado de si. Enfatizando que não fuma. Dizendo que nunca fumou. Dizendo que não bebe. Dizendo que sempre manteve um comportamento de cuidado com certas coisas. Dizendo que o cuidado consigo não é muito rígido porque não precisa por enquanto. Dizendo que só mais tarde começou a ter consciência do cuidado consigo, até porque a mãe fez questão de alertar sempre. Dizendo que mudou comportamentos após o infarto da mãe. Dizendo que tem que se cuidar. Dizendo que mudou para se cuidar porque acha importante. Contando que nunca fumou.	Relatando mudanças comportamentais pós-doença do(a) pai/mãe: 1) Destacando comportamento alimentar; 2) Destacando comportamentos psicológicos; 3) Relatando comportamentos de cuidado.	Relatando comportamentos e atitudes pós-doença do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

Quadro 17 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Relatando comportamentos e atitudes do(a) filho(a) pós-doença do(a) pai/mãe, subcategoria Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe

CÓDIGOS	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
1) Relatando que esta tomando bastante água e está fazendo academia. Afirmando que procura comer mais frutas, ter uma vida saudável, tomar bastante água, evitar guloseimas e gordura. Dizendo que falou para a filha que só iria comprar biscoitos recheados uma vez na semana e agora compra cada vez menos. Contando que procura evitar chips, bem como bobagens que se costuma comer como desculpa da correria do dia. Contando que o queijo eles também estão evitando, bem como muita gordura e muito sal. Afirmando que a alimentação é controlada por causa da pressão alta da mãe. Contando que quando tem tempo faz caminhadas com o marido. Afirmando que não come muito sal e procura andar a pé. Enfatizando que após o infarto do pai manteve cuidado com alimentação e com exercício físico. Contando que intensificou a atividade física. Dizendo que a atividade física é importante para a prevenção de doença. 2) Dizendo que está tomando bastante água, pois disseram que é importante. Contando que não bebe, não fuma. Contando que já se cuida quanto a outros fatores Dizendo que após o infarto da mãe intensificou a prática esportiva. Contando que a principal mudança de atitude foi em relação ao estresse. Dizendo que mediante a doença da mãe modificou praticamente atitudes relativas ao estresse. Dizendo que não bebe, não fuma e que nunca teve estas atitudes.	Relatando mudanças de atitudes pós-doença do(a) pai/mãe 1) Relatando atitudes quanto à alimentação e à atividade física; 2) Descrevendo outras atitudes de cuidado.	Relatando comportamentos e atitudes pós-doença do(a) pai/mãe

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

4.1.2.3 Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável

A modificação de comportamentos e de atitudes em prol de um viver saudável torna-se essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A mudança ocorre porque se pretende alcançar algo. Ao conceituar, anteriormente, comportamento e atitudes, percebeu-se que mudar um comportamento é mais fácil e rápido do que realizar a mudança de atitudes, pois, estas são mais arraigadas no espaço temporal em que as pessoas vivem e se desenvolvem. Além disso, a mudança comportamental promove efeitos imediatos, mas,

apesar disso, a mudança depende do objetivo de cada pessoa no curto, médio e longo prazo. Assim, esta categoria abarca a condição de **consequência**, norteadas as explicações acima destacadas, visto que esta condição configura-se como resultado de algo.

Esta categoria emergiu por meio das entrevistas com os participantes do segundo grupo amostral, possivelmente, porque receberam orientações que corroboraram para a mudança comportamental e de atitudes. Esta ênfase pode ser direcionada para as falas a seguir:

[...] sabe, se a vida fosse levada de maneira mais tranquila talvez não existissem tantas doenças [...] então todos os cuidados e toda mudança de comportamento, como já falei, se faz necessário [...] a modificação das minhas atitudes e de coisas que eu fazia antes e agora não faço mais ou que comecei a fazer para melhorar minha saúde são importantes para prevenir estas doenças cardíacas em mim mais tarde. (Filho 8 – SM)

[...] e como vi e vivenciei tudo junto à minha mãe com a doença dela, não quero isso para mim [...] acho importante a reeducação alimentar, o controle do estresse e a atividade física, mas todos devem mudar. (Filha 9 – SM)

Com algumas pessoas talvez esta mudança de comportamento não funcione, mas pelo menos poderiam pensar a respeito [...] acredito que esta mudança ajuda e ajudará a uma menor predisposição para adoecer. (Filho 10 – SM)

[...] eu estou mudando agora meus comportamentos para colher os frutos mais tarde, porque eu acho que os resultados vêm em longo prazo e isso eu falo para o meu filho, que tudo a gente colhe em longo prazo. (Filha 11 – SM)

As falas delineadas corroboram com a importância da mudança de atitudes e comportamentos e ainda chamam a atenção o fato de que essa mudança ocorre, fundamentalmente, para que haja melhor qualidade de vida a longo prazo, menor predisposição a doenças e mais promoção à saúde. Porém, todos estes fatores de longo prazo levam ao direcionamento de que a mudança suscita trilhar por diferentes caminhos, algumas vezes bifurcados, porém, fundamentando redes de apoio em prol de uma vida mais saudável, independente da atual condição de saúde (Quadro 18).

Quadro 18 – Codificação dos achados de pesquisa relativos à categoria Reconhecendo a mudança de comportamento e de atitudes para um viver saudável

CÓDIGOS	CATEGORIA
Relatando que se a vida fosse levada de maneira mais tranquila talvez não existissem tantas doenças. Dizendo que todos os outros cuidados e a mudança de comportamento se fazem necessários. Enfatizando que sua mudança comportamental é para prevenir as doenças cardíacas mais tarde. Relatando que viu e vivenciou tudo junto à mãe com a doença, e não quer isso para sua vida. Acreditando serem importantes a reeducação alimentar, o controle do estresse e a atividade física. Dizendo que para algumas pessoas talvez a mudança comportamental não funcione. Acreditando que um comportamento de cuidado ajuda e ajudará à menor predisposição de adoecer. Dizendo que logo após o infarto do pai tentou mudar para que o pai mudasse também. Contando que está mudando seus comportamentos para “colher os frutos” mais tarde. Dizendo que os resultados vêm a longo prazo. Contando que fala para o filho que tudo se colhe a longo prazo.	Reconhecendo a mudança de comportamento e de atitudes para um viver saudável

Fonte: Dados de pesquisa organizados pelas autoras

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A condição humana reside em abrir-se às possibilidades de escolha. Neste sentido o futuro é incerto porque é aberto. Cabe a nós refletir sobre a melhor maneira de realizá-lo, a fim de que ele coincida com a ideia de que fazemos do progresso.

PRIGOGINE

A Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*) foi o método de pesquisa delineado e utilizado neste estudo. Seu desenvolvimento possibilitou abordar o ecossistema domiciliar de pai/mãe cardiopata e as inter-relações desse ambiente, resultante do processo de pesquisa. Isso envolveu observações *in loco*, criação de memorandos e entrevistas com 11 filhos de pai/mãe cardiopatas que, interconectadas com o referencial sistêmico de Ilya Prigogine, na perspectiva ecossistêmica, proporcionaram um novo conhecimento, visão, inter-relação dinâmica e entendimento acerca deste ecossistema, suscitando a construção da teoria formal **Compreendendo possibilidades interativas de orientações da Enfermagem/Saúde no Ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes**. Esta é uma teoria fidedigna e fundamentada nos dados da pesquisa, que culminou com o desenvolvimento de suas categorias.

No decorrer do processo de pesquisa houve a preocupação em observar criteriosamente todos os passos do método elencado, conforme preconizado por Glaser (1978), salientando a objetividade, a sensibilidade, a criatividade, o referencial teórico e metodológico e a comparação/interação constante dos dados da pesquisa.

Acredita-se que o tamanho da amostra foi satisfatório para os objetivos que se propunha no estudo, possibilitando a saturação teórica, e delineando dois grupos amostrais: o primeiro, em que os participantes que não receberam orientações da enfermagem/saúde, e o segundo, em que receberam orientações. Foram entrevistados 11 filhos de pai/mãe cardiopata, seguindo-se os critérios de inclusão do estudo em três locais, Rio Grande/RS, Brasil, Cidade do Porto, Portugal e Santa Maria/RS, Brasil.

As sete categorias que integram a teoria formal, delineadas por meio de dois fenômenos deste estudo, foram discutidas, sequencialmente, uma a uma, conforme outros estudos publicados em bases de dados nacionais e internacionais, relacionados aos delineamentos desta tese.

A categoria **Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e de atitudes** representa a teoria formal deste estudo e surgiu

por meio de dois fenômenos e suas categorias e subcategorias, conforme preconiza a *Ground Theory* e, além disso, apresenta o tema central da tese, fazendo referência ao ecossistema domiciliar e às interações existentes no mesmo.

As interações que modificam o ecossistema domiciliar de filhos de pais cardiopatas se expressaram por meio das orientações de enfermagem/saúde, sendo este um propósito interativo, interconexo e permeado de possibilidades para que as modificações comportamentais e de atitudes fundamentalmente aconteçam.

Considerando que se vive em uma era de transição observa-se, cada vez mais, no ecossistema domiciliar, instabilidades, flutuações e evolução de princípios sistêmicos que corroboram com aspectos dinâmicos em prol de mudanças significativas para um viver saudável (PRIGOGINE, 2009). Assim, distantes do equilíbrio ocorrem reorganizações, inicialmente intrínsecas e após extrínsecas, pautadas na ajuda mútua, aqui, especificamente, em analogia com as orientações da enfermagem/saúde.

Devido às inúmeras interações existentes no ecossistema domiciliar, faz-se necessário conhecê-lo, pois, em situações de imprevisibilidade/doença o mesmo recebe influências positivas e/ou negativas de seu entorno. Por isso, Almeida, Silva e Cunha (2007) reforçaram a ideia de que não é possível conceber o indivíduo fora de seu contexto, pois é nele, no ecossistema domiciliar, que o ser humano se constitui como uma rede inter-relacional para o seu ser, estar e agir. Assim, mudanças de atitudes e comportamentos somente serão efetivadas dentro de um contexto próprio e as orientações devem perpassar por este contexto.

No entanto, falar de comportamentos e atitudes face a um determinado fenômeno é sobretudo complexo, porque possibilita perceber o ser humano como alguém em constante interação.

Desse modo, Erdmman, Sousa, Backes et al. (2007) expuseram que a complexidade de algo admite a rearticulação entre o que foi separado, na tentativa de compreender a multidimensionalidade dos elementos dos sistemas e repensar na singularidade com temporalidade, sem que ocorra esquecimento das totalidades integradoras. No presente estudo pensar o ecossistema domiciliar é pensar na totalidade e nas partes que a compõem e que em um movimento de fluxo contínuo e dinâmico promove mudanças nas pessoas que vivem e convivem neste sistema.

Na perspectiva da promoção da saúde, a enfermagem/saúde, com ações interativas de orientações, pode promover um viver melhor a todos os elementos constituintes deste espaço, em especial, aos filhos que vivem com pais cardiopatas e que experienciaram a situação de doença. Acredita-se que a interação enfermagem-saúde-filhos, quando a experiência da

doença ocorreu, pode, de acordo com Wright e Leahey (2008), modificar o comportamento e as atitudes familiares. Pinto (2010) corroborou com este enfoque ao apontar que as mudanças e comportamentos que ocorrem nos integrantes da família e no funcionamento da mesma em função de uma doença, tanto para preveni-la quanto para uma qualidade de vida melhor, podem provocar alterações permanentes neste sistema.

Assim, neste estudo as modificações comportamentais e de atitudes no sistema elencado ocorreram nos sujeitos que foram orientados para um contexto novo, pós-doença dos pais. Isso leva à reflexão da importância destas ações orientadoras no ecossistema domiciliar, conforme a leitura que será feita a seguir por meio das categorias.

5.1 Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata na perspectiva das orientações de enfermagem

Este fenômeno é discutido a partir de quatro categorias que emergiram das famílias de códigos, suscitando a condição causal, estratégica, contingência e consequência. Optou-se pela discussão individualizada das categorias para melhor visualização dos princípios sistêmicos nelas contidas.

5.1.1 Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto

A segunda categoria, intitulada **Demonstrando conhecimento sobre aspectos que possibilitam o infarto**, compreende as subcategorias: **Relatando conhecimento sobre fatores de risco e comportamentos para infarto**, **Relatando conhecimento dos fatores que proporcionaram infarto no pai/mãe**. A mesma foi caracterizada como uma das condições **causais** desta pesquisa, por ser uma condição determinante do desencadeamento do infarto por meio de **conceitos** importantes, como conhecimento, fatores de risco e comportamentos que possibilitam um infarto.

A OMS demonstrou que em média 60% dos gastos decorrentes de doenças no mundo são substancialmente determinados por doenças crônicas, em especial, as cardiovasculares (OMS, 2002). Assim, em decorrência das doenças isquêmicas cardiovasculares, destaca-se

como uma das principais causas de mortalidade o infarto agudo do miocárdio (MELLO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2006; ROCHAS; ARAÚJO; VOLSHAM et al., 2010).

Pinheiro, Vieira, Pereira et al. (2013) enfatizaram que os indicadores de mortalidade por doenças cardiovasculares, em especial, as isquêmicas como o infarto, possivelmente, terão um aumento significativo em decorrência do crescimento e envelhecimento da população, bem como a sua relação com os hábitos de vida e comportamentos prejudiciais à saúde e fatores de risco.

Nesse enfoque, percebe-se que as doenças cardiovasculares aumentaram mundialmente, como consequência da mudança de hábitos alimentares, nível de atividade física, tabagismo, e como resultado da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e mudança do padrão alimentar por meio da globalização (OPAS, 2003a, 2003b).

Nesse sentido, ter conhecimento acerca dos fatores que possibilitam o infarto possibilita o primeiro passo para um cuidado efetivo, no intuito de promover a saúde e prevenir os agravos. Maturana (2001 p.31) apontou que “a validade da ciência está na conexão com a vida cotidiana”. Assim, ter conhecimento sobre algo ou alguma situação significa verificar, confirmar ou negar algo, interconectado com uma realidade objetiva.

Conhecer os aspectos, os fatores, os caminhos e as bifurcações que desencadeiam um infarto pode emergir em diferentes estruturas de cuidado, pois o conhecimento em um domínio particular, segundo Maturana (2001), é o que se chama de ações, operações, pensamentos e reflexões adequadas a um determinado domínio.

Nessa direção, a OPAS (2003b) apontou que existem fatores individuais e contextuais que desencadeiam um infarto. Dentre os individuais, podem-se salientar os fatores de risco modificáveis, os comportamentais e os de risco intermediário; e, em relação aos fatores contextuais, destacam-se situação socioeconômica, meio ambiente, cultura e urbanização. Corrobora-se com este enfoque, considerando que estudos enfatizam que é fundamental o conhecimento da prevalência dos fatores de risco para as DCNTs, em especial, os de natureza comportamental, pois são sobre eles que as ações preventivas e de promoção da saúde podem ser custo-efetivas (BRASIL, 2005).

Na perspectiva sistêmica considera-se que esses fatores estão interligados no desencadeamento de um infarto, pois acredita-se que os fatores individuais e contextuais são interdependentes, em algum momento, no tempo e no espaço. Maturana (2001) enfatizou que todas as ações de um sistema vivo acontecem de maneira dinâmica e interligada, ao considerar-se o sistema vivo em relação com o meio. Este fato atualmente requer novos instrumentos e novas visões sobre o tempo e o espaço (PRIGOGINE, 2009).

Assim, ter conhecimento dos aspectos que possibilitam o infarto pode direcionar para ações de cuidado em um ecossistema que apresenta uma diversidade de elementos interconexos, com peculiaridades únicas, como é o ecossistema domiciliar.

5.1.2 Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver

Esta categoria, elencada no fenômeno **Conhecendo o ecossistema domiciliar de filhos e pai/mãe cardiopatas na perspectiva das orientações de enfermagem**, configurou-se como uma **condição estratégica** com **códigos interativos** no contexto do ecossistema domiciliar.

Vivenciar uma patologia é um momento difícil de ser enfrentado, não somente para a pessoa que a doença atinge, mas, também, para todos em seu entorno (SALES; MOLINA, 2004). Desse modo, muitos autores apontaram que o significado da experiência de uma enfermidade reflete trajetórias individuais, singulares e concretizadas em determinado campo de possibilidades socioculturais. No entanto, a convergência de crenças e padrões de comportamento mediante a doença, também observada nesses estudos, justifica a incorporação dos modelos explicativos, planejamento de ações e orientações (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHOA, 2004; MAHONEY, 2001; MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Ainda nessa perspectiva, Bonino (2007) salientou que experienciar uma doença crônica diz respeito a todos, incluindo aqueles que não estão doentes. Isto porque possibilita reflexão sobre os significados que o ser humano atribui à vida, bem como ao estar com e estar no mundo, sobre os modos de viver e, além disso, o modo pelo qual as pessoas enfrentam as dificuldades e a projeção para o futuro.

Analisando este enfoque no tocante às doenças crônicas, citam-se as cardiovasculares, que englobam a compreensão, segundo Fernandes (2008), da inter-relação entre o indivíduo e a vida e a interação com o mundo, proporcionando significados e implicando em mudanças e adaptações. Porém, Vila, Rossi e Costa (2008) relataram que existe uma lacuna de estudos voltados à apreensão da experiência da doença cardíaca, na perspectiva dos que as vivenciam. Corroborando com esse enfoque, um dado explicativo é que a vivência não é somente de quem tem a doença, mas de todos os elementos que interagem com esta pessoa, em especial, os filhos, como já citado por alguns autores.

Associando a experiência de uma doença com orientações para as modificações no modo de viver, isso explicita demonstrar duas vivências integradas. Os filhos de pai/mãe cardiopata enfatizaram o quanto é difícil mudar um comportamento, que a mudança ocorre com o tempo, e que as orientações são importantes, porém, a mudança é, sobretudo, intrínseca, ou seja, as orientações despertam determinados comportamentos e atitudes por meio da reflexão-ação-reflexão, o que nem sempre é fácil. Assim, a experiência de uma doença possibilita, de acordo com Fernandes (2008), modificações de comportamentos e atitudes de maneira singular, pela própria experiência pessoal, bem como a maneira como o ser humano age, reage e interage.

Fundamentando estas considerações Couto, Nunes, Coelho et al. (2007), em seu estudo sobre a hospitalização de enfermeiros, enfatizaram que as situações vividas têm significados próprios para cada indivíduo e estes têm relação com os valores e conhecimentos dos mesmos acerca de uma determinada problemática. Dessa forma, o significado, como resultado de um processo reflexivo, influenciará o comportamento dos indivíduos em situações futuras.

A experiência de uma morbidade torna-se, segundo Fernandes (2008, p.25): “[...] um acontecimento único na vida de cada indivíduo. A forma como se enfrenta e se elaboram estratégias para lidar com a mesma é muito peculiar, dependendo das características de cada um e do contexto onde se desenvolve”.

Essa experiência possibilita, na maioria das vezes, alterações nas atitudes e comportamentos para que ocorram modificações no modo de viver, porém, essas modificações devem ocorrer em uma perspectiva positiva, que poderá facilitar um novo processo de transição. A vivência promove reflexão de alguns aspectos de vida e reconhecimento de seu percurso, sendo este o ponto de partida para as modificações no modo de vida (COUTO; NUNES; COELHO et al., 2005).

Porém, a mudança mediante a experiência da doença pode ser potencializada pelas orientações dos profissionais da saúde, visto que estes, ao conhecerem um determinado contexto, podem, por meio do conhecimento científico, implementar ações com adequação a uma dada realidade, promovendo reflexão nos sujeitos que vivenciaram/acompanharam o processo mórbido para a promoção da saúde em um contexto de modificações no modo de vida. Isso ocorre, de acordo com Martins, Fernandes e Gonçalves (2012), porque a doença causa impacto em todos os membros da família, bem como há influência da interação familiar sobre a sua cura e ocorrem mudanças comportamentais para minimizar a predisposição de outros membros deste núcleo familiar de desenvolver resultados análogos a quem a vivencia

por meio de sua evolução. Deve ser considerado, conforme Sommer (2011), que um comportamento é mais complexo do que se imagina.

Assim, conclui-se que a associação de uma vivência mórbida e orientações profissionais efetivas pode desencadear no ser humano um processo de construção e desconstrução comportamental que possibilitará mudanças no modo de viver. Modificações estas positivas, alicerçadas em reflexão e ação.

5.1.3 Relatando possibilidades de orientações para o filho de pai/mãe cardiopatas

A categoria **Relatando possibilidades de orientações para filho de pai/mãe cardiopatas** destacou-se neste estudo como **contingência** e desta categoria emergiram as subcategorias: **Recebendo orientações médicas, Recebendo orientações do enfermeiro, Recebendo orientações da família, Descrevendo orientações por outros meios, e Negando orientação de outros profissionais.**

Destacar possibilidades de orientações suscita compreender que a orientação implica em inúmeras circunstâncias as quais determinam ou não sua realização. Isto porque a sociedade, os grupos e o ser humano não são estáveis e sim dinâmicos, em constante interação com os seres bióticos e abióticos.

Além disso, falar sobre possibilidades suscita compreender uma condição que poderá ou não ocorrer. Por isso, a categoria em destaque foi conceituada neste trabalho como **contingência**, visto que, se as orientações ocorrerem de maneira efetiva e seguidas pelos orientandos, poderão modificar e/ou interferir em uma vivência, neste caso, a vivência/experiência dos filhos de pais cardiopatas.

O pensamento sistêmico, empregado na temática da tese, objetivou compreender a complexidade das interações existentes no ecossistema domiciliar. Interações estas que se processam entre todos os elementos constituintes deste espaço/ambiente, de modo dinâmico e não linear (PRIGOGINE, 2009).

No paradigma sistêmico acredita-se que a orientação possa ser conceituada como um conjunto de práticas estabelecidas a partir de algo que já se conhece, porém, interligada a um contexto que se quer modificar/aprimorar. Mas a orientação não deve ser pontual, e, sim, pautada a partir do conhecimento do ecossistema onde o indivíduo vive e se desenvolve,

enfim, agregando todos os elementos que constituem este ecossistema. Portanto, pode ser algo construído com base no que já é conhecido, observado e apreendido previamente.

Nesse constructo, abordar as possibilidades de orientações da enfermagem/saúde para filhos de pais cardiopatas estabelece refletir, de acordo com Marques Neto (2008), sobre o fato de que cada ramo do conhecimento científico se apoia no conceito de sistema, de acordo com a delimitação de seu objeto. Nesse constructo, é necessário que haja interações entre as diferentes ciências, no intuito que construir e reconstruir um conhecimento novo e orientações que direcionem as necessidades do ecossistema domiciliar. Isto porque, para Morin (2010), a existência de um sistema pressupõe a presença de uma organização intrínseca, arraigada pelas interações existentes entre os atributos constituintes. Em analogia, para a ocorrência de orientações efetivas da enfermagem/saúde no ecossistema domiciliar, é necessário que haja interações, cuja ocorrência depende dos encontros e desencontros gerados por manifestações de desordem para a construção de uma nova ordem ou, como contributo de Prigogine (2009), para que do caos se possibilite uma nova configuração, que colabore para um viver saudável.

Neste estudo, o enfoque das possibilidades de orientações para filhos de pais/cardiopatas corroborou com as orientações médicas, do enfermeiro, da família, de outros meios, bem como eles negaram a orientação de outros profissionais, dados estes que constituíram as subcategorias da categoria elencada.

Enfatiza-se que os profissionais da saúde de diferentes áreas do conhecimento partilham valores comuns, no que corresponde ao plano de saberes e ações para a construção do cuidado, seja ele preventivo, comunicativo, psicossocial, educativo, dentre outros, reiterando as relações para a prática do cuidado (PEDUZZI, 2001). Porém, o que se percebe pelos dados coletados e subcategorias que emergiram, é que as orientações da enfermagem/saúde ainda são incipientes no ecossistema domiciliar, pois somente médicos e enfermeiros orientam e a primeira categoria realiza orientações pontuais, pautadas no modelo biomédico. Em contrapartida, a enfermagem realiza orientações mais amplas, desenvolvendo nos sujeitos a interdependência das ações no ecossistema domiciliar.

Destacando o enfoque do enfermeiro nesta temática, Lopes, Anjos e Pinheiro (2009) apontaram que atividades educativas em saúde, com enfoque em orientações acerca de uma determinada necessidade de saúde, se configuram como ações voltadas para a promoção da saúde. São estratégias utilizadas para desenvolver e potencializar nas pessoas a capacidade de enfrentar a problemática de saúde existente, estimulando nelas a mudança de comportamento e atitudes saudáveis, estimulando o autocuidado das mesmas.

Ainda, as falas dos sujeitos lembraram as orientações da própria família e de outros meios como, por exemplo, a Internet, sistema de informação relevante no contexto atual. Chama a atenção nesta discussão que outros profissionais da saúde não foram lembrados como agentes transformadores de um sistema, o domiciliar, por meio de seu conhecimento específico, suscitando o posicionamento dos mesmos na orientação aos filhos de pais cardiopatas.

Nessa direção corrobora-se com Peduzzi (2001, p.108) ao expor que: “[...] o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam as possibilidades de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados”.

Diante dessas considerações, as possibilidades de orientações para os filhos de pais cardiopatas permite, de acordo com Caetano e Soares (2007), investir em uma vida com qualidade que pode ser construída e consolidada por meio de um processo que abrange a reflexão sobre as ações dos sujeitos no que é definido como qualidade de vida, bem como no estabelecimento de metas a serem atingidas para a qualidade do viver. Os mesmos autores, em estudo sobre a qualidade de vida de clientes cardiopatas, enfatizaram que:

A enfermagem é co-participante direta na difusão de medidas preventivas a população, por incluir, em suas principais atribuições, a atenção primária à educação em saúde, atividades educativas, informativas e interativas direcionadas a população. Portanto a implementação de estratégias baseadas na promoção de um estilo de vida saudável requer esforço coordenado entre os provedores de cuidados com a saúde, tais como, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos, o sistema escolar, outros órgãos governamentais, a indústria como a de alimentos e a farmacêutica (CAETANO; SOARES, 2007, p.31).

Dessa maneira, ao destacar as orientações do enfermeiro no constructo da educação para a saúde, Lopes, Anjos e Pinheiro (2009) afirmaram que o enfermeiro é um educador por natureza e, ao sistematizar um cuidado por meio de orientações e não voltar-se exclusivamente para a doença, pode exercer influências sobre o modo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda a sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis.

De modo geral, percebe-se que as possibilidades de orientações desencadeiam a construção de bases conceituais que sustentam o pensar e a maneira pela qual as pessoas se relacionam e determinam suas ações, em um determinado ecossistema, nesta ênfase, domiciliar. De acordo com Vicentin e Lenardt (2010) as condições crônicas alteram, de modo significativo, a vida do paciente e o modo de viver na família, gerando novas necessidades

diárias. Assim, corrobora-se com Whight e Leahey (2012) no sentido de que os membros da família são afetados, bem como a organização e o funcionamento da dinâmica familiar em busca do equilíbrio.

Assim, Santos, Siqueira e Silva (2009), ao reportarem o trabalho da equipe multidisciplinar na perspectiva ecossistêmica, expuseram que as ações ecossistêmicas como práticas ecológicas possibilitam a interação em diferentes ações, destacando entre estas o processo de trabalho interdisciplinar em equipe, da relação ecológica entre o profissional de saúde e a comunidade e, sobretudo, a relação entre a comunidade e o seu espaço/território/ambiente.

Essa condição leva à reflexão de que as possibilidades de orientações da enfermagem/saúde podem direcionar para a busca do equilíbrio dinâmico em um ecossistema. Este, fundamentalmente, muda pelo processo da doença e, se essa mudança ocorre no núcleo familiar e, em especial, os filhos buscam novos direcionamentos por meio das orientações fornecidas. Caetano e Soares (2007) enfatizaram, ainda, que os profissionais devem ter a consciência de que a interconexão com o ambiente, a família e a sociedade pode causar mudanças significativas na vida do portador de infarto agudo do miocárdio e, de modo geral, em todas as pessoas que se inter-relacionam com ele. No caso do ecossistema domiciliar os filhos de pais cardiopatas são os primeiros a perceberem as mudanças e, portanto, identificarem a necessidade e importância das orientações recebidas.

Assim, orientações de enfermagem/saúde, em um contexto proximal, como é designado o ecossistema domiciliar, podem desencadear estímulo para que vivências anteriores não sejam perpetuadas. Além disso, a busca por possibilidades de orientações pela própria família desencadeia um resultado ou uma resposta ao nível de adaptação dos sujeitos envolvidos. Porém, acredita-se que o profissional da saúde, em uma relação mútua contexto-filhos-profissional, seja a pessoa que instiga, por meio de conhecimento científico, a reflexão de ações para a promoção da saúde, não desconsiderando os conhecimentos prévios dos sujeitos envolvidos.

Contudo, a discussão desta categoria, elencada como possibilidade de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata, salienta, sobretudo, a importância de uma ação interdisciplinar e multiprofissional. É inquestionável a importância da influência mútua das profissões da saúde, e a valorização que os sujeitos atingidos atribuem aos profissionais, quando orientam de modo interdisciplinar.

Morin (2010) apontou que a interdisciplinaridade diz respeito às diferentes disciplinas que, quando expostas, correspondem a algo tecido junto afirmando suas certezas. Em

contrapartida, a multidisciplinaridade é conceituada pelo mesmo autor como a união de disciplinas em consonância com um objetivo comum. Assim, a união de saberes formando uma teia pode direcionar as orientações interativas em um contexto que, para Caetano e Soares (2007), é a primeira rede social do indivíduo, sendo o ecossistema domiciliar o primeiro espaço onde as relações acontecem e se desenvolvem.

Assim, a enfermagem/saúde precisa conhecer esse espaço para nele intervir, de modo a contribuir com orientações pautadas nas necessidades emergentes de cada ecossistema de filhos de pais cardiopatas, em busca de equilíbrio dinâmico.

5.1.4 Reconhecendo a importância das orientações para o viver melhor

A penúltima categoria identificada por meio dos dados foi destacada como: **Reconhecendo a importância das orientações para auxiliar o modo de viver**, a qual foi analisada no contexto do ecossistema domiciliar e caracterizada como uma das condições de **consequência** deste estudo, não suscitando subcategorias, mas, apresentando códigos interativos, não somente pelas falas, mas, sobretudo, pelas observações realizadas no decorrer do processo de investigação.

Especificamente sobre esta categoria pode-se dizer que o modo de viver de cada um é muito particular. Diz respeito à percepção do ser humano em relação ao mundo, às vivências, às experiências e aos contatos realizados no decorrer da vida, porém, é inerente a cada pessoa. A experiência da doença, seja consigo ou com seu significante, representa um impacto na vida da maioria dos seres humanos. Impacto este que pode levar a mudanças ou a permitir ficar no mesmo contexto anterior ao processo mórbido. Assim, reconhecer que as mudanças ocorreram remete a consequências em função de reflexões oriundas da experiência e/ou de ações.

A partir dessa experiência os sujeitos do presente estudo possibilitaram descrever que uma vivência precedida de orientações para a saúde auxilia de maneira singular no modo de viver, reconhecendo a importância deste enfoque. Almeida Filho (2004) apontou que o modo de vida e a saúde, como processos que superam as visões funcionalistas, corroboram com discussões acerca da compreensão de uma complexidade interativa entre ambos os termos. Ainda nesse enfoque, caracterizou o modo de vida como a articulação das práticas cotidianas, sendo instância determinante da promoção da saúde.

Da mesma forma, o modo de viver deve permear as condições de vida de cada pessoa, por sua vez determinadas pelas formas sociais e culturais de viver, expressando-se como um conjunto de hábitos, comportamentos e atitudes (SILVA, 2009). Assim, reconhecer a importância das orientações para auxiliar no modo de viver propõe discutir o significado das orientações para os filhos de pais cardiopatas como algo determinante para a vida cotidiana. A relevância das orientações, neste trabalho, permite destacar a atuação do enfermeiro para esta ênfase no ecossistema domiciliar.

Em um estudo sobre a importância das orientações em cateterismo cardíaco, Landal e Palaes (2009) relataram que o fornecimento de orientações pelo enfermeiro exige habilidade, conhecimento técnico-científico, capacidade de comunicação e compreensão, identificando as necessidades e características individuais. Esse processo deve fazer parte do dia a dia do enfermeiro como profissional cuidador, resgatando a essência da profissão de forma humanizada e holística, visando à integralidade da assistência.

Considera-se que esta ação não é diferente no contexto domiciliar, mas, reflete-se que neste espaço o enfermeiro e/ou profissional da saúde consegue contribuir para auxiliar no modo de viver das pessoas, se efetivamente conhecer o domicílio e seu entorno. Com esse pensamento salienta-se que Grittem, Méier e Gaievicz (2006), em estudo sobre visita pré-operatória de enfermagem na percepção dos enfermeiros, consideraram que, ao compreender o processo de orientação como efetivo, passa-se a defender a ideia de que a atuação em saúde deve ser feita não apenas sobre os efeitos do adoecimento, mas que também deve ser realizada fora dos serviços de saúde, ressignificando as relações sociais e um modo de viver que corresponda a um movimento contínuo de construção de saberes e fazeres, considerando a saúde como o resultado da qualidade de vida.

A concretização deste pensamento no ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata auxiliou no modo de viver, de acordo com os filhos, pois as orientações foram pautadas nas necessidades emergentes destes sujeitos de modo interativo, interconexo e não linear (PRIGOGINE, 2009), como descrito nos princípios da teoria sistêmica.

A imposição de valores, de conhecimentos e de atributos de modo linear e o não conhecimento prévio de um determinado ecossistema possibilitam a não adesão às orientações. Nesse sentido, Grittem, Méier e Gaievicz (2006) destacaram que as orientações para serem efetivas devem direcionar para algumas ações do enfermeiro, ou seja, este deve conhecer o que o outro quer saber, prepará-lo de maneira adequada, segundo suas perspectivas, percepções e capacidade de assimilar informações.

Destaca-se que, além de conhecer o sujeito que receberá essas orientações, deve-se conhecer o ecossistema onde o mesmo vive e se desenvolve bem como seu estorno, pois estes, de acordo com a perspectiva sistêmica, poderão sofrer influências mútuas, que nortearão o modo de viver das pessoas para além das informações/orientações recebidas. Backes, Backes, Rangel et al. (2011) salientaram, portanto, que a construção do conhecimento acerca do processo de viver, na perspectiva de orientações da enfermagem/saúde, necessita considerar as inúmeras dimensões e fatores que envolvem o viver a vida no cotidiano dos seres humanos em suas particularidades, seus contextos reais, concretos e inter-relacionais. Concordando com esta reflexão Backes (2011, p.155) sinalizou que “o enfermeiro é o profissional da saúde que melhor compreende o processo de viver humano como um todo [...] é o profissional capaz de criar vínculos e interações sistêmicas”.

A perspectiva ecossistêmica, como novo paradigma, proporciona a visão contextual como uma visão mais abrangente, destacando a compreensão ecossistêmica da vida que enfatiza as relações do todo com as partes, reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o entrosamento dos indivíduos e das sociedades nos processos cíclicos do ambiente. Ao mesmo tempo, esta perspectiva aumenta as redes de cooperação e de solidariedade (MORAES; TORRE, 2006). Além disso, explora uma perspectiva teórica, por meio da dinâmica, da incerteza, da diversidade e da complexidade (MILIOLI, 2007), princípios norteadores das relações estabelecidas no ecossistema domiciliar.

5.2 Conhecendo comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata

O segundo fenômeno abrange os comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata. O mesmo culminou em três categorias que contemplaram as condições causais, estratégicas e de consequência. Serão discutidas individualmente com ênfase nas condições e nos princípios sistêmicos.

5.2.1 Contando comportamentos e atitudes dos filhos antes da doença do pai/mãe

A segunda categoria, intitulada **Contando comportamentos e atitudes dos filhos antes da doença do pai/mãe**, contemplou as subcategorias **Relatando (des)cuidado de si**, **Descrevendo comportamentos relativos à atividade física** e **Descrevendo**

comportamentos referentes à alimentação. Caracterizada como uma das condições **causais** por representar as atitudes e os comportamentos de uma vivência domiciliar anterior a um acontecimento mórbido.

Percebe-se que os comportamentos e atitudes dos filhos de pais cardiopatas previamente à doença do pai/mãe originam-se da interação que os membros do núcleo familiar desencadeiam entre si, bem como pelas experiências que possuem naquele tempo-espaço. De acordo com Pinto (2010) no ambiente domiciliar as experiências vividas podem reforçar condutas, ações e interações provenientes dos pais.

Assim, a dinâmica familiar pode levar ao direcionamento de modos de viver que corroboram com o desencadeamento de doenças, não de modo isolado, mas contextualizado e inserido na complexa rede de interações entre as pessoas, em especial, no ambiente familiar. Isto porque o comportamento e as atitudes anteriores a um processo patológico podem estar atrelados à vivência das interconexões existentes.

Dessa forma, para Del Prette, Paiva e Del Prette (2005, p.60):

[...] a compreensão de um comportamento aplicado ao modelo sistêmico contrapõe-se às explicações lineares baseadas exclusivamente em aspectos intrapsíquicos ou eventos mais imediatos, buscando abarcar a complexidade do contexto mais amplo no qual ele ocorre. Aí também estariam incluídas as variáveis internas dos indivíduos, porém vistas como resultado de processos de interação com o ambiente.

Conforme anteriormente delineado, as atitudes caracterizam-se como normas e/ou procedimentos precursores de um determinado comportamento. Ainda na perspectiva sistêmica as atitudes estão fundamentadas em ações circulares, abertas com troca de fluxo e energia.

Em estudo com doentes renais Barbosa e Valadares (2009) expuseram que a condição na qual os indivíduos se encontram em um determinado contexto, no modo de acomodação às exigências impostas, podem nortear determinadas condutas e comportamentos. Além disso, apontam que os valores, princípios e crenças interferem na eleição dos mecanismos utilizados para enfrentar uma determinada situação, e o modo pelo qual cada indivíduo vivencia o processo de uma mesma circunstância é singular, dependendo de elementos e concepções que ele detém do ambiente que ocupa.

Em relação aos pontos encontrados neste estudo, percebe-se que os comportamentos e atitudes dos filhos de pai/mãe cardiopata, antes da doença destes, foram de falta de cuidado e relacionados à alimentação e à atividade física. Estes últimos fatores modificáveis são

relevantes para o desencadeamento futuro de doença nos filhos interconectados com a falta de cuidado de si em outros âmbitos.

Concorda-se com Bertalanffy (2009), quando relatou que o conhecimento do total das partes contidas num dado sistema e as interconexões entre as mesmas determinam que o comportamento do sistema possa ser derivado do comportamento das partes.

Em analogia com o exposto pode-se inferir que o comportamento e atitudes de (des)cuidado de si e os referentes à alimentação e à atividade física dos filhos podem ser oriundos do comportamento e atitudes dos pais. Esse enfoque considera os pais como uma das partes, os filhos como outras das partes integrantes e as interações entre eles determinando o comportamento e atitudes do ecossistema domiciliar antes da doença dos pais.

5.2.2 Relatando comportamentos e atitudes dos filhos após a doença do pai/mãe

A categoria **Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do pai/mãe**, delineada neste estudo como **condição estratégica**, compôs três subcategorias: **Afirmando que não houve mudanças comportamentais pós-doença do pai/mãe**; **Descrevendo mudanças comportamentais**; e **Descrevendo mudanças de atitudes**. Na subcategoria **Descrevendo mudanças comportamentais** emergiram outras subcategorias, quais sejam: **Destacando comportamento alimentar**; **Destacando comportamentos psicológicos**; **Relatando comportamentos de cuidado**. Esta categorização corrobora com outras subcategorias, sendo elas: **Relatando atitudes quanto à alimentação e atividade física** e **Descrevendo outras atitudes de cuidado**.

Nesse enfoque, sabe-se que a doença representa um impacto na vida de todo o ser humano, bem como no núcleo familiar no contexto de seu ecossistema domiciliar. Considerando essa explanação, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) expôs que as condições crônicas que afetam a saúde humana causam múltiplas alterações na vida das pessoas bem como de suas famílias. Além disso, provocam mortes prematuras e direcionam para situações que repercutem em diferentes contextos da sociedade. Especificamente, as doenças cardiovasculares, enfatizadas neste estudo, e suas causas primárias e secundárias, além de corroborarem para despesas financeiras do sistema de saúde, famílias e do próprio indivíduo acometido, implicam, também, em situação relevante para inúmeras incapacidades e mortes em todo o mundo (OMS, 2008; WHO, 2004).

Como já enfatizado, as atitudes e os comportamentos são explicados de acordo com Maturana (2001) na cognição da vida cotidiana, pois esta constitui ações, operações, atitudes, comportamentos, pensamentos e reflexões. Assim, as condições de existência dos seres vivos são determinadas estruturalmente, pois são sistemas os quais perpassam por acontecimentos que dependem de sua estrutura, mas que também são modificados pelas mudanças estruturais que incidem sobre eles. Isso significa que os seres vivos são sistemas abertos ao fluxo de matéria e de energia, interagem no meio seguindo um curso de interconexões.

Em analogia, e reportando aos filhos de pacientes cardiopatas, sujeitos deste estudo, percebe-se que os mesmos descreveram algumas mudanças de atitudes e de comportamentos enfatizando, principalmente, atitudes e comportamentos quanto à alimentação, atividade física e comportamentos psicológicos, especificamente, no sentido de evitar estresse e nervosismo cotidiano. Chama a atenção a categoria que relata a ênfase na ausência de mudança comportamentos e atitudes após o estado mórbido dos pais, o que pode propiciar resultados análogos na saúde dos filhos.

A partir desses achados concorda-se com Silva, Francioni, Meirelles (2005, p.50) que, ao pesquisarem sobre a prevalência de doenças cardiovasculares em crianças da rede pública de ensino, apontaram: “viver com uma condição crônica de saúde pode representar contínua ameaça tanto para a própria pessoa, quanto para os que estão próximos a ela, pois esta condição afeta sua vida como um todo alterando dramaticamente seu cotidiano”.

Segundo pesquisas da OMS a natureza da vida contemporânea tornou a escolha individual o fator mais importante para a conservação da saúde (OMS, 2003). A mudança comportamental e de atitudes após um evento mórbido em um determinado contexto, no tempo e no espaço, ou a escolha por não mudar são possibilitadas pela vivência do acontecimento e influenciadas pela ação de profissionais no processo de orientação.

Dessa maneira, o Relatório Mundial da OMS (2003) expôs que comportamentos, atitudes e padrões de consumo não saudáveis implicam, de forma significativa, no surgimento de condições crônicas. Reportando aos sujeitos do estudo que não desenvolveram uma mudança comportamental e de atitudes após a doença dos pais, pode-se inferir que os mesmos têm possibilidades de desencadear resultados análogos aos pais. Isto porque o fator genético, por já estar presente neles, pode ser potencializado por elementos ecossistêmicos que nortearão o modo de viver destes filhos, destacando assim a perpetuação de fatores de risco, alguns de significância para a OMS (2003), como: tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas e estresse. Estes elementos

destacam-se como principais causas e fatores de risco para as condições crônicas, em especial, as cardiovasculares.

Em contrapartida, no grupo dos filhos que relataram algumas mudanças de comportamentos e de atitudes após o evento cardiológico dos pais, pela observação realizada, percebeu-se que os eventos cardíacos foram sobremaneira marcantes no ecossistema domiciliar destes filhos. Algumas mudanças comportamentais e de atitudes ocorreram, relacionadas à alimentação, à atividade física e ao controle do estresse e do nervosismo.

Buss (1999) afirmou que a promoção da saúde no Brasil cresce em sua importância por ser uma estratégia relevante para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-doença-cuidado e da sua determinação. Em consequência, emerge o fortalecimento do caráter promocional e preventivo, contemplando, fundamentalmente, a complexidade do primeiro nível de atenção à saúde no que tange a modificações de fatores básicos condicionantes de agravos crônicos.

A modificação de atitudes e comportamentos alimentares por parte dos filhos de pai/mãe cardiopata foi demonstrada como preocupação emergente neste estudo. A diminuição da ingesta de alimentos ricos em gordura, açúcares, bem como a quantidade ingerida foram alterações importantes para a prevenção e promoção da saúde cardiovascular. Além disso, a passagem da condição de sedentários para uma vida mais ativa, com a realização de atividade física, foi fator determinante para um maior cuidado de si.

Nessa direção, Nahas (1996) abordou que uma alimentação bem variada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, a adoção de um comportamento preventivo são componentes que podem ser modificados para se viver melhor e com qualidade, evitando as doenças crônicas. Assis e Nahas (1999), ao apresentarem aspectos motivacionais para a mudança de comportamento alimentar, salientaram, em uma perspectiva mais ampla, que os hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos que envolvem o ambiente das pessoas, e que a seleção de alimentos é uma parte de um sistema comportamental complexo.

Castro e Scatena (2004) apresentaram que, dentre os fatores de risco de maior probabilidade para ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, que foram estabelecidos desde o estudo de Framingham (2007), destacam-se o fumo, a hipertensão arterial, as dislipidemias e o diabetes mellitus. A obesidade e a inatividade física foram associadas de maneira positiva ao risco de desenvolver uma DCV. Da mesma forma, o *National Cholesterol Education Program* (NCEP), a *American Heart Association* (AHA), a Sociedade Europeia de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Cardiologia assinalaram a fundamental implicação da

obesidade, da dieta e da inatividade física no risco cardiovascular (III DIRETRIZES BRASILEIRAS, 2001; KRAUSS; ECKEL; HOWARD et al., 2000).

Ainda neste enfoque, sabe-se, por meio de estudos já publicados pela OPAS, que no contexto mundial as pessoas estão consumindo mais alimentos com alto teor energético, de açúcar, além de gorduras saturadas e excessivamente salgados, e essa conduta alimentar associada ao sedentarismo crescente ocorre muito mais rapidamente nos países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos (OPAS, 2003b). Complementando essa afirmação, de acordo com WHO (2004), os elementos mais importantes no processo de determinação das DCVs e de suas inter-relações são complexos, admitindo-se que os fatores de risco tenham efeito sinérgico quando ocorrem em conjunto. No entanto, enfatiza-se que a alimentação contribui de diferentes maneiras para a determinação do risco cardiovascular. Há estudos demonstrando que se houver modificações na dieta as DCVs podem ser reduzidas em 30%, pois a composição alimentar pode constituir um fator de risco ou de proteção (OPAS, 2009; WILLETT, 2000).

Aliado a esse enfoque, Castro e Scatena (2004) apontaram o estresse e o nervosismo como fatores de natureza física, psicológica e social. Esta sobrecarga, em destaque a emocional, pode causar danos à saúde dos indivíduos agravando uma condição crônica já existente, mas, sobretudo, facilitando o seu aparecimento, em especial, nas pessoas com predisposição a desenvolvê-las. Fonseca e Soares (2006) corroboraram com o enfoque delineado ao explicitarem que o tipo de desgaste a que as pessoas estão expostas permanentemente, seja nas relações de trabalho ou não, é visto como fator determinante de doenças, dentre elas as cardiovasculares. As autoras afirmaram acreditar que os agentes estressores psicossociais são tão relevantes quanto os outros agentes para o desencadeamento de doenças crônicas.

Sabe-se que as causas das doenças crônicas são complexas e há a necessidade de ações permanentes que foquem não somente no indivíduo, mas na família e em todo o seu entorno, com a presença de elementos causais que possibilitem esses agravos (OPAS, 2003b). Nesta mesma direção há que se considerar que essas ações permanentes devem permear as mudanças comportamentais e de atitudes dos sujeitos envolvidos no ecossistema domiciliar permitindo a reflexão-ação. Este tópico permite, de acordo com Prigogine (2009, p.110), perceber que:

Se há flutuações, o sistema responde a elas retornando a seu estado de equilíbrio caracterizado pelo extremo da entropia ou de qualquer outro potencial termodinâmico. O fato novo que ocorre é, porém, que essa situação muda

radicalmente quando nos colocamos longe do equilíbrio. As flutuações podem, então, gerar estruturas espaciais e temporais novas. Para isso, é necessário que as leis da evolução sejam não lineares.

Em analogia com o autor destacado, aponta-se que todo novo fato, no caso deste estudo, o desencadeamento de doenças cardiovasculares no(a) pai/mãe, caracteriza-se como uma flutuação em um determinado sistema, neste caso, no ecossistema domiciliar, e se há flutuações um novo contexto nasce e com ele novas visões, percepções, reflexões e mudanças no intuito de propiciar um equilíbrio dinâmico. Aqui, a mudança foi de atitudes e comportamentos específicos na busca por um viver saudável, considerando a dinamicidade no/do ecossistema domiciliar.

5.2.3 Reconhecendo a mudança de comportamento e de atitudes para um viver saudável

Abordar a mudança, em uma perspectiva sistêmica, fundamenta salientar que a mudança se caracteriza como uma transformação, possuindo atributos dinâmicos, circulares e interconexos, configurando-se como uma consequência de determinadas ações. Bastos e Santos (2007) apontaram que os estudos direcionados ao entendimento de como os indivíduos estruturam as suas concepções sobre a mudança e como suas estruturas cognitivas direcionam a adesão e a dinâmica do processo de mudança comumente apontam opções metodológicas que privilegiam os indivíduos como unidade de análise. Apesar disso há necessidade de compreender estes sujeitos como constituintes e redes em um determinado contexto e que vivenciam processos coletivos.

Enfocar a mudança em um determinado contexto significa considerar aspectos abrangentes e complexos. Lima e Bressan (2003, p.25) definiram a mudança como:

[...] qualquer alteração, planejada ou não, nos componentes organizacionais – pessoas, trabalho, estrutura formal, cultura – ou nas relações entre a organização e seu ambiente, que possa ter consequências relevantes, de natureza positiva ou negativa [...]

Nesta tese, a conotação do termo, ‘mudança’ relaciona-se com padrões de comportamentos e de atitudes para um viver saudável. Córdoba (2006) considerou que a motivação permite a descrição e explicação do comportamento humano, levando em conta condições internas e externas, e não somente os fatores que causam e determinam o processo da conduta.

Em consonância, Hurtado e Nascimento (2010), em estudo sobre comportamentos e atitudes acerca do consumo de drogas na infância, apontaram em relação a esses constructos que os fatores, psicológicos, cognitivos e sociais atuarão inibindo ou manifestando uma determinada conduta, devendo ser considerados quando se decide manter ou inibir uma conduta em um contexto determinado.

Além disso, considerando a mudança de comportamentos e atitudes, em uma perspectiva temporal de futuro, suscita evidenciar que a mudança ocorre em relação a uma vivência, corroborando para a prevenção de comportamentos de risco (CARVALHO; POCINHO; SILVA, 2010). Em relação ao presente estudo, no domínio da saúde, a mudança comportamental e de atitudes proporciona um viver saudável.

Nesse enfoque, Backes, Backes, Erdmann et al. (2012), em estudo com uma comunidade altamente vulnerável, explicaram que o ser humano vivencia de modo singular o viver saudável, devendo-se considerar, além dos fatores inerentes à história de vida dos sujeitos, os de contexto pelas possibilidades interativas, corroborando para os princípios do referencial sistêmico.

Portanto, reflete-se que a mudança de comportamentos e de atitudes para um viver saudável, em relação ao ecossistema domiciliar onde os filhos de pais cardiopatas vivem e se desenvolvem, deve envolver além da experiência dos mesmos os determinantes do processo saúde/doença e os elementos ecossistêmicos, na perspectiva de compreender estes filhos de modo multidimensional.

No mesmo enfoque, o viver saudável é apontado por Backes, Backes, Erdmann et al. (2012, p.124) como:

[...] processo dinâmico, singular e auto-organizador, o viver saudável alcança a complexidade do ser humano. Compreender esse processo, baseado na aquisição de saberes e competências, pautado na convicção de um novo referencial que dá conta das intersubjetividades, interações e dinamicidades, abre espaços para novas formas de pensar e agir em cuidado/saúde, capazes de reconhecer e valorizar tanto o envolvimento ativo dos usuários, como o engajamento efetivo dos profissionais, gestores e os diferentes setores sociais.

Dessa maneira, para o viver saudável no ecossistema domiciliar deve-se considerar a interdependência dos fenômenos nesse contexto. Backes, Backes, Rangel et al. (2011) apontaram que diversos estudos enfatizam que o processo de viver saudável associa-se a um modo de viver dos indivíduos, com singularidade por meio de suas interações, e compreender esse modo de vida corresponde a ir além do determinismo do processo saúde/doença. Destarte, Viana (2002) expôs que as mudanças comportamentais e de atitudes ocorrem se

houver interações com o cotidiano da vida de cada indivíduo. Salientou que a aquisição de novos comportamentos é um processo que demanda esforço pessoal arraigado a fatores de cunho físico, espiritual, social, cultural, dentre outros. Assim, no enfoque desta tese mudar comportamentos e transformar atitudes abrange elementos e princípios sistêmicos na perspectiva ecossistêmica.

Na Figura 12, a visão global dos achados de pesquisa.

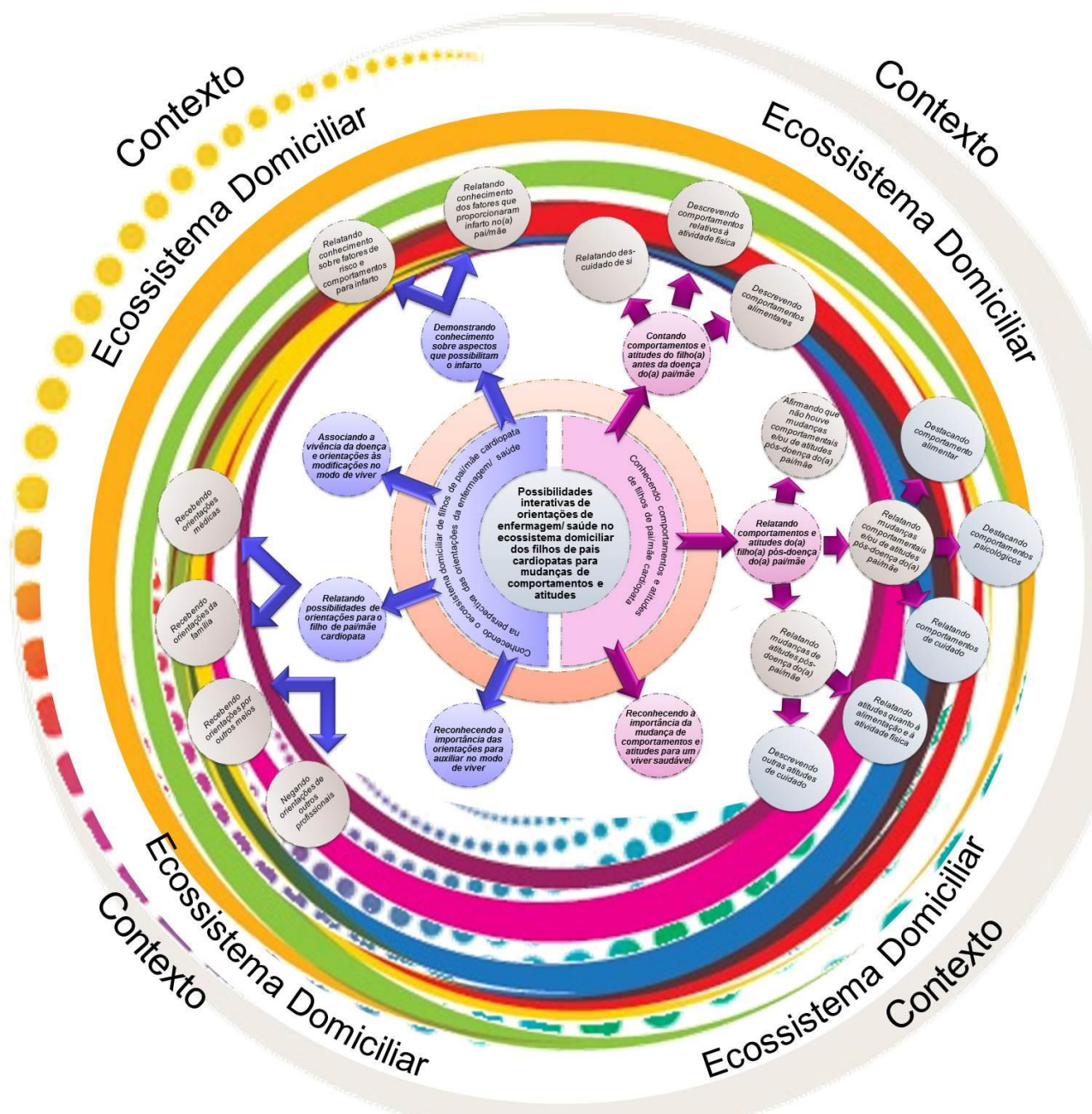


Figura 12 – O ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos
Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

6 PARADIGMA SISTÊMICO E O ENFOQUE NO ECOSSISTEMA DOMICILIAR: SÍNTESE REFLEXIVA

[...] pensar e agir numa perspectiva sistêmica é manter um diálogo criativo entre mente e corpo, do interior com o exterior, entre sujeito e objeto, do cérebro direito com o esquerdo, do consciente e inconsciente, entre o indivíduo e seu contexto, do ser humano com o mundo da natureza.

MORAES

O paradigma sistêmico tem raízes complexas desde a sua evolução e o pensamento, em termos de sistemas, abrange os mais diversos campos do conhecimento e seu emprego na saúde é fundamental, pois corrobora com a análise do processo saúde-doença-cuidado, destacando vias para a promoção da saúde que contemplem as interações dos elementos envolvidos.

Backes (2008, p. 25) referiu que:

a complexidade dos fatos nas últimas décadas tem levado os diferentes sistemas a buscarem novas alternativas para solucionar os problemas sociais ou, no mínimo tem mobilizado os setores a buscarem estratégias para sua auto-organização e sobrevivência no contexto global.

Torna-se imperativo descrever como o paradigma sistêmico surgiu no intuito de entender as ações que se processam de maneira dinâmica no contexto onde o ser humano vive e se desenvolve. Sabe-se que em meados de 1937 foi construída, por Ludwig Von Bertalanffy, a Teoria Geral dos Sistemas, com o propósito de construir teorias e conceitos aplicáveis a realidades empíricas. No entanto, Bertalanffy (2009) criticou a visão de mundo dividido em diferentes áreas, e especialidades, como física, química, biologia, psicologia, sociologia, dentre outros. Na sua percepção são divisões arbitrárias, apresentando espaços delimitados, definidos e vazios entre elas. A visão sistêmica demonstrou ser indispensável em uma grande variedade de campos científicos e tecnológicos.

O sistema é designado como um conjunto de objetos unidos por meio de uma interação, assim, o conjunto destas partes unificadas entre si pode ser considerado um sistema, desde o momento em que a relação entre as partes e o comportamento do todo seja considerada como ponto de atenção. O sistema é conceituado como um conjunto de partes diferenciadas em interação, formando um todo organizado, possuindo um objetivo constante (BERTALANFFY, 2009; SIQUEIRA, 2001).

A elaboração desta teoria modificou o pensamento, de mecanicista para sistêmico e, assim, as relações entre as partes e o todo foram invertidas, pois pelo paradigma cartesiano pensava-se que num sistema complexo o comportamento do todo podia ser analisado pelas suas partes. Em contraponto, no paradigma sistêmico, os sistemas vivos não podem ser interpretados e compreendidos pela análise de suas partes, tendo em vista que as propriedades das partes só podem ser apreendidas dentro de um contexto maior (CAPRA, 2001).

Bertalanffy (2009) enfatizou o sistema como um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas. Nesse sentido, Chiavenato (2004) apontou o aparecimento de dois conceitos que demonstram as características básicas de um sistema, quais sejam: propósito ou objetivo, que afirma que todo sistema tem propósitos ou objetivos; e o de globalismo ou totalidade, que aborda que qualquer estimulação em qualquer unidade formadora do sistema afetará de forma global o todo, porque existe uma inter-relação entre causa e efeito.

Para Bertalanffy (2009, p.55):

É necessário estudar não somente partes e processos isoladamente, mas também resolver os decisivos problemas encontrados na organização e na ordem que os unifica, resultante da interação dinâmica das partes, tornando o comportamento das partes diferente quando estudado isoladamente e quando tratado no todo.

A concepção sistêmica de Bertalanffy (2009) estabeleceu uma complexa rede de interações, com princípios caracterizados como universais e aplicáveis aos sistemas de modo geral de qualquer natureza.

Diferentes princípios são estudados e conceituados, de acordo com a natureza à qual se aplicam, bem como diferentes autores contemporâneos estudaram os enfoques destes princípios e os aplicaram em seus estudos. Para a presente tese utilizaram-se como referencial teórico as ideias, princípios e conceitos de Prigogine (1996; 2009).

Carvalho (2009), no prefácio da segunda edição da obra de Ilya Prigogine, denominada *Ciência, Razão e Paixão*, destacou que este teórico russo teve seus estudos marcados pela transdisciplinaridade, e o percurso de suas ideias abarca os princípios da incerteza, bifurcações, dissipações e irreversibilidades que contemplam a modernidade. Denota-se que a transdisciplinaridade, por ser um fenômeno complexo, deva ser considerada como atributo para ações em prol de um equilíbrio dinâmico em um determinado sistema.

Sustenta-se o enfoque de que a transdisciplinaridade surgiu no intuito de socializar saberes, buscando um saber complexo, horizontalizado, visualizando as partes e o todo

(MORIN, 2010). Nesse entendimento, corroborando com os princípios de Prigogine (2009), e aplicando-os ao ecossistema domiciliar, pode-se compreender que este é o todo. De acordo com Petraglia (2010) o todo é uma unidade complexa e não se reduz à soma de seus elementos que constituem as partes, ou seja, as unidades individuais. Em analogia, é complexa, pois possui uma dinâmica de interações formando redes, portanto, não pode ser reduzida e/ou simplificada.

Segundo Prigogine (1988) no século XIX a ciência herdou duas concepções importantes que se constituem como paradoxos, quais sejam, a visão mecanicista, determinista e reversível, que nega o tempo, e a visão termodinâmica que fundamenta o crescimento da entropia. No entendimento desse teórico a forma sistêmica de visualizar o mundo e as coisas compreende uma flecha do tempo. Uma irreversibilidade propiciaria o entendimento de ordem biológica orientada para uma complexidade cada vez maior e para a amplificação de inovações. Neste contexto não linear do não equilíbrio, aceitam-se os princípios da auto-organização e de subsistemas que se desenvolvem longe do equilíbrio.

Esta complexidade do sistema direciona ao conhecimento multidimensional, voltado ao reconhecimento de um princípio de incerteza e incompletude. A complexidade, nesse enfoque, permanece com uma noção ampliada, que guarda a incapacidade de definir e determinar, necessitando reconhecer as possibilidades e as características do que é complexo; designando o enfrentamento da incerteza e da desordem para uma nova ordem (MORIN, 2008; 2010).

Na perspectiva do ecossistema domiciliar sob o enfoque sistêmico, Prigogine (2009) fundamenta que nesse contexto as decisões humanas dependem das lembranças do passado e das expectativas para o futuro. Isto porque um evento implica no aparecimento de uma nova estrutura, que contém bifurcações e incertezas, proporcionando um sinal de instabilidade que para o paradigma sistêmico é sinal de vitalidade do sistema. Esse dado remete a pensar que as incertezas e as instabilidades de um ecossistema não são pontos negativos do mesmo, pois para a perspectiva sistêmica são princípios que remetem a uma mudança; estruturam levando a uma nova ordem, a um novo fazer, a um equilíbrio dinâmico deste ambiente a partir dos elementos que o constituem.

Corroborando com o enfoque da tese, considera-se que em tempos diferentes podem-se perceber os princípios sistêmicos, quais sejam a circularidade, a interdependência, as influências mútuas, o equilíbrio dinâmico, a cooperação, a auto-organização de um determinado sistema, os quais se fazem presentes no ecossistema domiciliar, pela singularidade e interatividade deste ambiente.

Todas as características e aplicações sistêmicas de Prigogine, delineadas como um sistema aberto, são importantes para o enfoque ecossistêmico domiciliar. Aplicando esses princípios a um determinado ecossistema, neste caso o domiciliar, deve-se considerar que nomeadamente o ecossistema apresenta inúmeros conceitos, porém, corrobora-se com o conceito de que é um sistema aberto, composto por organismos vivos e não vivos e o meio com o qual e no qual interagem, trocando matéria e energia em um determinado instante/tempo e espaço, onde esta interação é fundamental para a convivência harmônica, saudável e sustentável (MIRANDA, 1995; SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

O ser humano inserido na perspectiva ecossistêmica é, para Siqueira (2001, p.53):

[...] capaz de refletir sobre si mesmo, desafiar o seu próprio pensamento, realizar um exame das suas ideias e do pensamento dos outros integrantes da organização. É desta maneira, que ele poderá tornar-se participante e ativo, na construção de um processo dinâmico de rede interconectada/integrativa [...].

Isso ocorre porque o ecossistema domiciliar é único, tem interação própria a partir dos elementos que o constituem. Há laços de afeto importantes, pois direcionam-se aos aspectos familiares nesse contexto, permitindo que os sujeitos que o formam reflitam sobre suas ações, mediante as demais partes que compõem esse ambiente. Esta compreensão das interações presentes no ecossistema domiciliar possibilita conhecer e integrar ações em consonância aos princípios ecossistêmicos para a promoção da saúde neste meio.

Para Santos, Siqueira e Silva (2009, p.751):

O ecossistema entendido como comunidade de organismos que interagem entre si e mantém relação com o ambiente em que vivem, concebe o ser humano como elemento integrante dessa comunidade. O conjunto de elementos, estruturantes dessa realidade, ao relacionar-se entre si, é capaz de construir verdadeiras redes no espaço em que coabita e desenvolver-se de forma harmoniosa e saudável.

Denota-se que o domicílio é ambiente importante para a segurança, sobrevivência e amparo da família. É a família, por meio dos laços afetivos em seu domicílio, que incorpora os valores éticos, morais, e aprofunda os laços de afetividade pelo próximo, fornecendo recursos indispensáveis à ampliação do bem-estar dos seus componentes (GOMES; PEREIRA 2005). Ainda, na perspectiva adotada, a família pode ser entendida como uma dinâmica interativa, delineando uma interdependência entre seus elementos e direcionando para relações e valores, de ética, de expectativas e de objetivos comuns, os quais sinalizam para sua singularidade e identidade.

Porém, para entender as interações humanas no ecossistema domiciliar deve-se perceber, de acordo com Backes (2011), que o mesmo é um ambiente complexo por natureza, interdependente, onde seus componentes agem de maneira integrada, inter-relacionada e sob influência mútua.

O ecossistema domiciliar na percepção dos entrevistados é complexo, apresenta possibilidade de mudanças nas ações de seus componentes. Porém, essas mudanças efetivamente ocorrem após um processo mórbido importante, nesta tese, as doenças cardiovasculares, pois esse processo suscita uma reflexão no modo de viver anterior à doença e ao modo de viver a partir da mesma. Ainda, corroboram com o fato de que os profissionais da saúde, em especial, o enfermeiro, por meio de orientações e do saber científico podem estimular a mudança comportamental e de atitudes.

As pessoas que constituem o ecossistema domiciliar, ou seja, que compõem o núcleo familiar, precisam de um cuidado interconectado e interativo, com o propósito de reverter comportamentos antigos que possibilitariam o desencadeamento de morbididades cardiovasculares futuras, propiciando, assim, resultados análogos à saúde dos pais.

De acordo com os participantes deste estudo, em especial os do primeiro grupo amostral, ainda prevalecem antigos comportamentos e atitudes, que direcionam para potencializar fatores de risco para doença cardiovascular. Isto porque esse grupo não foi, efetivamente, orientado após quadro mórbido dos pais. Em contraponto, os participantes do segundo grupo obtiveram uma mudança comportamental e de atitudes mais visível nas entrevistas, possivelmente estimulada pelas orientações que receberam. Destaca-se nesse grupo que algumas mudanças ainda não tinham ocorrido, porém havia a reflexão permanente por parte desse grupo em relação às atitudes e comportamentos que permaneciam.

Nesse enfoque, para evitar e/ou minimizar quadros análogos na saúde dos filhos no ecossistema domiciliar de pai/mãe cardiopata, as orientações e o saber científico da enfermagem/saúde podem tornar-se subsídios eficazes para a reflexão de ações no ecossistema domiciliar e instrumentalizar a mudança comportamental com vistas a um viver saudável após processo mórbido dos pais.

A perspectiva das orientações no ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata, local em que ocorrem manifestações de doença e de saúde, demonstra um ecossistema complexo. Waltner-Toews (2004; 2005) expôs que esse ecossistema determina interações com outros ecossistemas, o que pode ser demonstrado por sistema de retroalimentação que atravessa o espaço e o tempo, e pelos princípios da auto-organização, singularidade, interatividade e ajuda mútua. Esses princípios, no ecossistema domiciliar,

aparecem, fundamentalmente, pelos conhecimentos que seus elementos adquirem da enfermagem/saúde, a partir de diferentes perspectivas. Lawinski (2012) apontou que um determinado conhecimento, se efetivamente aplicado, é capaz de direcionar as pessoas para uma ação com vistas a atingir um melhor resultado para todos.

Nessa direção, para que se contemplem as múltiplas dimensões do ser humano no ecossistema domiciliar, torna-se necessária a utilização de referenciais interativos que possam atender às necessidades emergentes do ser humano em sua complexidade e singularidade, no contexto onde vivem e interagem. De acordo com Backes (2011) é imperativo uma visão ampliada do conjunto de elementos que constituem o ambiente, a favor da vida.

Esse resultado pode ser alcançado pelos princípios do pensamento sistêmico, pois este apresenta uma complexidade maior abarcando conceitos que se interconectam (LAWINSKY, 2012).

Assim, para operacionalizar esses princípios e aplicá-los ao ecossistema domiciliar, no intuito da aplicabilidade de ações de orientação a filhos de pais cardiopatas, é necessário um planejamento que preconize a atenção contínua, articulada e integrada no ecossistema domiciliar, permitindo a reflexão periódica dos elementos constituintes deste espaço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Família é contexto natural para crescer.

Família é complexidade.

Família é teia de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afetivos.

Família gera amor, gera sofrimento.

A família vive-se. Conhece-se, reconhece-se.

RELVAS

Por meio dos dados desta tese, e utilizando a TFD como método de pesquisa, foi possível construir a teoria formal **Compreendendo possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no Ecossistema Domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes**. Esta é uma teoria fundamentada nos dados da pesquisa, delimitada por meio de dois fenômenos e de sete categorias, e estas apoiadas nas famílias de códigos. A teoria formal deste estudo também foi conceituada como a categoria central, pois apresenta a temática da tese referente ao ecossistema domiciliar de filhos de pai/mãe cardiopata e as interações existentes no mesmo.

As categorias que integraram a categoria central se inter-relacionaram e se integraram, corroborando com o Modelo de Paradigmas, como é denominado no método da TFD, culminando em condições causais, estratégias, contingências e consequências, em um único contexto, o ecossistema domiciliar. Além disso, o método utilizado possibilitou interconexão com os princípios sistêmicos que foram os norteadores das discussões da tese.

Fundamentada nos dados desta tese e da literatura pertinente foi possível perceber que a temática em estudo ainda suscita ser explorada, tendo em vista que poucos são os trabalhos que abordam o tema do ecossistema domiciliar em relação às doenças crônicas, e que nenhum trabalho foi encontrado referente a comportamentos e atitudes dos filhos de pais cardiopatas, contemplando o referencial sistêmico associado ao método da Teoria Fundamentada nos Dados. Esse fato remonta à importância dos dados desta tese que culminaram para a teoria formal já explicitada. Apesar disso, sabe-se que a TFD não é um método fechado e tampouco o modelo teórico aqui discutido, o mesmo poderá ser ampliado, integrado e modificado, por meio de novos dados e de novas pesquisas, com o intuito de um melhor conhecimento e compreensão do contexto delimitado.

Ao se propor demonstrar o conhecimento do ecossistema domiciliar de filhos de pais/cardiopatas na perspectiva das orientações de enfermagem/saúde para a promoção da saúde deste grupo, houve a necessidade de determinar conceitos, contextualizar as representações de espaço e de tempo, possibilitando uma análise fundamentada nos dados

apresentados e discuti-los criticamente, com base nos pressupostos sistêmicos, a partir de um ponto de vista das possibilidades, das interações, das interconexões e do equilíbrio dinâmico.

Sob esse olhar, a análise das categorias segundo o modelo de paradigmas foi fundamental para o conhecimento do ecossistema domiciliar elencado, pois esboçou a fundamentação dos sistemas vivos que trocam energia com o meio e, portanto, possuem causas, estratégias e consequências, com vistas à dinâmica auto-organizativa em busca de uma nova ordem, sinalizando um equilíbrio dinâmico.

A condição de contexto neste trabalho abrange toda a experiência apresentada que é o ecossistema domiciliar. Em contrapartida, as condições causais delimitadas pelas categorias **Demonstrando conhecimento sobre os aspectos que possibilitam o infarto e Descrevendo comportamentos e atitudes do filho(a) antes da doença do pai/mãe** representaram os fatos que influenciaram nos fenômenos.

As categorias **Associando a vivência da doença e orientações às modificações no modo de viver e Relatando comportamentos e atitudes dos filhos pós-doença do pai/mãe** corresponderam às condições estratégicas, ou seja, os meios utilizados para se chegar a algo, neste caso, uma vida melhor, um viver saudável.

A contingência deste estudo foi encontrada por meio da categoria **Relatando possibilidades de orientações para os filhos de pai/mãe cardiopata**, uma vez que essa condição configurou-se como uma situação que aconteceu, mas, ao ocorrer, foi modificando e interferindo no modo como a experiência foi vivenciada, ou seja, ao receberem orientações o contexto pôde ser modificado.

Por fim, a condição delineada como consequência caracteriza-se como os desfechos para a delimitação da teoria formal, e as categorias que integraram esta condição foram: **Reconhecendo a importância das orientações para auxiliar no modo de viver e Reconhecendo a importância da mudança de comportamentos e atitudes para um viver saudável**. Essas categorias demonstraram o quanto os filhos de pai/mãe cardiopatas reconheciam a ação da enfermagem/saúde, para as mudanças de comportamentos e atitudes, como algo importante nas ações da vida diária.

Com base nestas considerações a teoria formal, denominada **Compreendendo Possibilidades interativas de orientações de enfermagem/saúde no Ecossistema Domiciliar dos filhos de pais cardiopatas para mudanças de comportamentos e atitudes**, buscou estabelecer a interconexão entre a prática das orientações de enfermagem/saúde e as mudanças de comportamentos e atitudes na perspectiva sistêmica.

Nesse enfoque, a teoria que emergiu por meio dos dados deste trabalho fundamenta a importância das ações de enfermagem/saúde para a promoção da saúde, confirmando a tese proposta no projeto de pesquisa e permitindo concluir que a perspectiva sistêmica direciona para a compreensão, conhecimento e discussão, evidentemente mais amplos, dos contextos apresentados, pelas suas dinâmicas e interatividades.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, M. **(Des) Equilíbrios Familiares**. Coimbra: Quarteto, 2002.

ALMEIDA FILHO N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p. 865-84, 2004.

ALMEIDA, A.D.L.; SILVA, C.F.; CUNHA, G.S. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses no meio urbano e não urbano. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.2, p. 180-6, 2007.

AQUINO, T.A.A.; CORREIA, A.P.M.; MARQUES, A.L.C.; SOUZA, C.G.; FREITAS, H.C.A.; ARAÚJO, I.F.; DIAS, P.S.; ARAÚJO, W.F. Atitude religiosa e sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.29, n.2, p.228-43, 2009.

ARAÚJO, D.V.; FERRAZ, M.B. Impacto econômico do tratamento da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil: o desafio da incorporação de novas tecnologias cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol**, v.85, n.1-2, 2005.

AUERBACH, C.F.; SILVERSTEIN, L.B. **Qualitative Data: An Introduction to Coding and Analysis**. Nova Iorque: NYU, Press, 2003.

BACKES, D.S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 215 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BACKES, D.S.; BACKES, M.T.S.; RANGEL, R.F.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. Significado de viver saudável para usuários, profissionais e gestores da saúde. **Rev Bras Enferm** [online]. v.64, n.6, p. 1094-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034...> Acesso em: 25 ago. 2013.

BACKES, M.T.S. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

BACKES, M.T.S.; BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A. Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no Sul do Brasil. **Acta Paul Enferm** [online], v.25, n.2, p.190-6, 2012.

BASTOS, A.V.B.; SANTOS, M.V. Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança. **Administração de Empresas**, São Paulo, v.47, n.3, p. 27-39, 2007.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D.A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.25-50.

BARBOSA, G. de S; Valadares, G. V. Hemodiálise: Estilo de Vida e a Adaptação do Paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.22, n. spe1 de 2009. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 10 de setembro de 2013

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petropolis, RJ: Vozes, 2009.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Berkeley: University of California Press, 1998.

BONINO, S. **Mil amarras me prendem à vida**: (Con) Viver com a doença. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro/Brasil. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos** (Res. CNS nº 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações sobre mortalidade e informações demográficas**. [online]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Por que pesquisa em saúde?** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad Saúde Pública**. v.15, n.2, p.177-85, 1999.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAETANO, J.A.; SOARES, E. Qualidade de Vida de cliente pós infarto agudo do miocárdio. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.11 n.1, p.30-7, 2007.

CAPRA, F. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CAPRA, F. **O ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2001.

CARNEIRO, H. Energias renováveis e sustentáveis a nova meta global. **Revista Cidadania e Meio Ambiente**, v.6, n.36, p.5-11, 2011.

CARVALHO, E.A. Prefácio. In: PRIGOGINE, I. **Ciência, razão e paixão**. São Paulo: Física, 2009.

CARVALHO, R.G.; POCINHO, M.; SILVA, C. Comportamento Adaptativo e Perspectivação do Futuro: algumas evidências no contexto da educação e da saúde. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, v.23, n.3, p.554-61, 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, A.P.; SCATENA, M.C.M. Manifestação emocional do estresse do paciente hipertenso. **Rev Lat-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v.1 n.6, p.859-65, 2004.

CHARMAZ, K. **A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARON J.M. **Symbolic Interactionism: An Introduction, An Interpretation, An Integration**. 7^o edition. Prentice hall, englewood Cliffs NJ, 2001

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 7.ed. São Paulo: Campus, 2004.

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.29, n.3, p.347-53, set. 2008.

COSTA, J.M.B.S.; SILVA, M.R.J.; CARVALHO, E.F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, fev. 2011.

COUTO, C.F.T.M.; NUNES, D.A.A.; COELHO, F.A.D.; ENES, J.B.F.; SILVA, S.M.B. Contributo da Hospitalização do Enfermeiro para o Seu Desenvolvimento Pessoal e Profissional. **Sinais Vitais**, v.74, setembro, p.25-33, 2007.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS**. Texto elaborado para o fórum de Saúde Suplementar, Julho/2003. Brasília-DF.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença ente prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DANTAS, C.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; STIPP, M.A.C. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Lat-Am Enferm** [online], v.17, n.4, p.573-9, 2009.

DEL PRETTE, Z.A.P.; FERNANDES PAIVA, M.L.M.; DEL PRETTE, A. Contribuições do referencial das habilidades sociais para uma abordagem sistêmica na compreensão do processo de ensino-aprendizagem. **Interações** [online], v.10, n.20, p.57-72, 2005.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2006.

ERDMANN, A.L.; LANZONI, G.M.M. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPQ de 2005 a 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.2: p.316-22, jun. 2008.

ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M.; BACKES, D.S.; MELLO, A.L.S.F.. Construindo um modelo de sistema de cuidados. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.2 p.180-5, 2007.

FERNANDES, I.M.R. Fenômeno de doença: a experiência dos enfermeiros/profissionais da saúde. **Anais**,... Seminário de Enfermagem Avançada e Seminário de Investigação em Enfermagem, Lisboa, Portugal, junho, 2008.

FERNANDES, R. O reencantamento do mundo: elementos para uma renovação epistemológica da ciência. In: Encontro da ANPPAS, 3, 2006 maio; Brasília (DF), **Anais ... Brasília: ANPPAS**, 2006.

FIRMO, J.O.A, LIMA-COSTA, M.F, UCHOA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.4 p.1029-40, 2004.

FONSECA, A.M.; SOARES, E. Desgaste emocional, depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **RENE**, Fortaleza, v.7, n.1, p.91-7, 2006.

FRAMINGHAN, R. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v.88, Supl. I, p.1-19, 2007.

FREITAS, C.M.; OLIVEIRA, S.G.; SCHUTZ, G.E.; FREITAS, M.B.; CAMPONOV, M.P.G. Ecosystem approaches and health in Latin America. **Cad Saúde Pública**, v.23, p.283-96, 2007.

FREITAS, C.M.; PORTO, M.F. **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GALERA, S.A.F.; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, v.2 n.36, p.141-7, 2002.

GASTALDO, D. É a Educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Rev Educação e Realidade**, v.22, n.1, p.147-68, jan./jun. 1997.

GAZIANO, T.A.; GALEA, G.; REDDY, K.S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. **Lancet**, v.370, p.1939-43, 2007.

GIATTI, L.L.; CUTOLO, S.A. Acesso à água para consumo humano e aspectos de saúde pública na Amazônia Legal. **Ambiente soc** [online], v.15, n.1, p.93-109, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v15n1/07.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2012.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 1978.

GLASER, B.G.; STRAUSS A.L. **The discovery of grounded theory**: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.

GONÇALVES, C. **Avaliação e intervenção em famílias multiproblemáticas**: um olhar sobre os profissionais. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, 2007.

GRITTEM, L.; MÉIER, M.J.; GAIEVICZ, A.N. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.3, p.245-51, set-dez. 2006.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L.S. Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio. **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v.1, p.1-7, jan./mar. 2006.

GUIMARÃES, R. Pesquisa em Saúde no Brasil: Contextos e desafios. **Rev Saúde Pública**, v.40, n. esp., p.3-10, 2006.

GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H.I. **Concepções sobre saúde e doença**. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIORS, L. (Org). Bases da Saude Coletiva. Londrina: UEL, 2001

HURTADO, D.S.M.; NASCIMENTO, L.C. Autoeficacia y actitud hacia el Consumo de Drogas en la infancia: explorando los conceptos. **Rev Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v.18, n.spe, 2010.

III DIRETRIZES BRASILEIRAS sobre dislipidemias e diretriz de prevenção de aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v.77, n.Supl 3, p.1-48, 2001.

JACOBI, P.R. Educação Ambiental e o Desafio da Sustentabilidade Socioambiental. **O Mundo da Saúde**, v. 30, p. 524-31, 2006.

KRAUSS, R.M.; ECKEL, R.H.; HOWARD, B.; APPEL, L.J.; DANIELS, S.R.; DECKELBAUM, R.J.; ERDMAN, J.W. Jr.; KRIS-ETHERTON, P.; GOLBERG, I.J.; KOTCHEN, T.A.; LICHTENSTEIN, A.H.; MITCH, W.E.; MULLIS, R.; ROBINSON, K.; WYLIE-ROSETT, J.; ST JEOR, S.; SUTTIE, J.; TRIBBLE, D.L.; BAZZARRE, T.L. AHA Dietary guidelines. Revision: a statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. **Circulation**, v.102, n.31, p.2284-99, 2000.

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Promoción de la Salud**: una antología. Washington: OPAS, 1996.

LANDAL, F.T.K.; PELAES, T. Importância das orientações de enfermagem no exame de cateterismo cardíaco em uma unidade de hemodinâmica. **Boletim de Enfermagem**, Universidade Tuiuti, Paraná, v.3, n.2, 2009.

LAWINSKY, M.L.J. **Diálogos entre os conceitos de Abordagem Ecológica à Saúde**

Humana e de Vigilância à Saúde no Brasil. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, 2012.

LEE, R.E.; CUBBIN, C. Neighborhood context and youth cardiovascular health behaviors. **Am J Public Health**, v.92, p.428-36, 2002.

LEITE, J.L.; TREZZA, M.C.S.; SANTOS, R.M.; MENDES, I.A.C.; FELLI, V.E.A. Os projetos de pesquisa de enfermagem no CNPQ: seu percurso, suas temáticas, suas aderências-1998/2000. **Rev Bras Enf**, v.54, n.1, p.81-97, 2001.

LENTZ, R.A.; COSTENARO, R.G.S.; GONÇALVES, L.H.T.; NASSAR, S.N. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev Latino Enferm**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.7-14, ago. 2000.

LIMA, S.M.V.; BRESSAN, C.L. Mudança organizacional: uma introdução. In: S.M.V. Lima (Ed.). **Mudança Organizacional: teoria e gestão.** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set v.17, n.4 p.273-7, 2009.

MAHONEY, J.S. An ethnographic approach to understanding the illness experiences of patients with congestive heart failure and their family members. **Heart Lung**, v.30, n.6, p.429-36, 2001.

MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L.; NETO, O.L.M.; SILVA JÚNIOR, J.B.A. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, jul./set. 2006.

MARTINS, M.M.; FERNANDES, C.S.; GONCALVES, L.H.T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Rev Bras Enferm** [online], v.65, n.4, p.685-90, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a20v65n4.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

MARUYAMA, S.A.T.; ZAGO, M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev Lat-Am Enferm**, v.13, n.2, p.216-22, 2005.

MASSONI, N.T. **A epistemologia contemporânea e suas contribuições em diferentes níveis de ensino de física:** a questão da mudança epistemológica. 2010. Tese (Doutorado em Física) – Programa de Pós-Graduação em Física. Instituto de Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010.

MATHEUS, M.C.C. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem.** São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MATURANA, H.R. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana.** Belo Horizonte, MG: UFMG, 2001.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento:** as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athenas, 2001.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **De máquinas y seres vivos**. Autopoiesis: la organización de lo vivo. 3.ed. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1995.

MELLO, E.C.P.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, T. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.225-36, 2006.

MESQUITA, R.; DUARTE, F. **Dicionário de Psicologia**. Portugal: Plátano, 1996.

MILIOLI, G. O pensamento ecossistêmico para uma visão de sociedade e natureza e para o gerenciamento integrado de recursos. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, UFPR, v.15, p.75-87, jan./jun. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, E.E. **A ecologia**. São Paulo: Loyola, 1995.

MOLINA, M.A.D.C.; FARI, C.P.; MONTERO, M.P.; CADE, N.V.; MILL, J.G. Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos na área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, maio 2010.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; SOUZA, A.L.; POPKIN, B. Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C.A. (Ed.). **Velhos e Novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. 2.ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p.247-55.

MORAES, M.C. **O paradigma educacional emergente**. Campinas, SP: Papirus, 1997.

MORAES, M.C. **Pensamento Ecológico**: Educação Aprendizagem e Cidadania no século XXI. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MORAES, M.C. Pesquisando a partir do pensamento complexo: elementos para uma metodologia de desenvolvimento ecossistêmico. **Revista Educação**. Porto Alegre, RS, ano 29, v.58, n.1, p.145-72, jan./abr. 2006.

MORAES, M.C. **Tecendo redes, mas com que paradigmas?** In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA A PAZ: The future of our children. Universidade de Genebra, set/2000. (Conferência).

MORAES, M.C.; TORRE, S.D.L. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento ecossistêmico. **Educação**. Porto Alegre, v.29, n.58 p.145-72, jan./abr. 2006.

MORIN, E. **Cabeça bem feita**: repensar a reforma, repensar o pensamento. 17.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5.ed. Lisboa: Instituto Piaget. 2008.

MORIN, E.; PRIGOGINE, I. **A sociedade me busca de valores: para fugir a alternativa entre o ceticismo e o dogmatismo**. Lisboa, PT: Instituto Piaget, 1996.

NAHAS, M.V. O pentágono do bem-estar. **Boletim do NUPAF**, Florianópolis, v.2, n.7, p.1, 1996.

NETTO, G.F. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.1972-82, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevencion de las enfermedades cardiovasculares**. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: OMS, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Preventing Chronic Diseases: a vital investments**. Geneva-Suíça, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial. **Cuidados Inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: OMS, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **CARMEN**: iniciativa para a prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas. Brasília: OMS, 2003a.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS, 2003b.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Enfoques ecossistêmicos em saúde**: perspectivas para sua adoção no Brasil e em países da América Latina no Brasil. Brasília: OPAS, 2009.

PACHECO, J.E.P. A pessoa Humana e a doença. **Educação**, a.27, v.55, n.1, p.31-44, jan/abr, 2005.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian Health System: history, advances and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-97, 2011.

PEDROSA, J.I.S. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.1, n.2, p.155-65, mai./ago. 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v.35, n.1 p.103-9, 2001.

PEREIRA, Q.L.C; SIQUEIRA, H.C.H. Cuidado humano frente ao modelo e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: SIQUEIRA, H.C.H, et al. (Orgs). 2.ed. **Cuidado Humano Plural**. Rio Grande: FURG, 2008.

PETRAGLIA, I. **Edgar Morin**: a educação e a complexidade do ser e do saber. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PETTENGIL, M.A.; RIBEIRO, C.A. Teoria Fundamentada nos Dados. In: MATHEUS, M.C.C.; FUSTINONI, S.M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

PINHEIRO, R.H.O.; VIEIRA, M.C.U.; PEREIRA, E. M.; BARBOSA, M.E.M. fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no Programa Hipertensão. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.18, n.1 p.78-83, jan./mar. 2013.

PINTO, J.P. **Buscando prevenir a reinternação para preservar-se do sofrimento**: a família frente ao processo de recuperação da criança após a alta hospitalar. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

PRIGOGINE, I. **Ciência, razão e paixão**. São Paulo: Física, 2009.

PRIGOGINE, I. **O fim das certezas**. São Paulo: UNESP; 1996.

PRIGOGINE, I. Penser le temps. In: NYSENHOLC, A.; BOOM, J.P. (Orgs.). **Redécouvrir le Temps**. Bruxelas: Université de Bruxelles, 1988. p.5-19.

RELVAS, A.P. **Por detrás do Espelho**: da teoria à terapia com a família. Coimbra: Quarteto, 2003.

RIBEIRO, C. A. **Crescendo com a presença protetora da mãe**: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. 1999, Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

ROCHAS, C.; ARAÚJO, M. P.; VOLSHAM, A.; CARVALHO, L.A.F.; RIBEIRO, A.; MESQUITA, E.T. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, v.94, n.6 p.726-29, 2010.

RODRIGUES, A. **Psicologia Social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

SALES, C.A.; MOLINA, M.A.S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm** [online] v.57, n.6 p.720-3, nov./dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=...>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n.35, jan./abr. 1999.

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v.30, p.437-44, 2009.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Saúde no Brasil, v.4, p.61-74, 2011.

SCHRAMM, M.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Cien Saude Coletiva**, v.9, p.897-908, 2004.

SCHWONKE, C.R.G.B.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; DEI SVALDI, J.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; SANTOS, S.S.C.; SIQUEIRA, H.C.H. Política de Atenção e gestão do SUS (Humaniza SUS): Perspectiva da abordagem ecossistêmica da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61: Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental; 2009, dez. 7-10, Fortaleza (CE), Brasil. **Anais...** Fortaleza: Aben, 2009. p.7383.

SENGE, P.M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** São Paulo: Best Seller, 2003.

SHERR, C.; MAGALHÃES, C.K.; SILVA, L.J.D.; ANELLO, A.; SÁ, M.R. Fatores de risco para coronariopatias no sexo feminino. **Arq Bras Cardiol**, v.74, supl.1, p.25, 2000.

SHERR, C.; RIBEIRO, J.P. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v.93, n.3, p.54-6, 2009.

SILVA, M.F. **Promoção da Saúde:** percepção dos agentes comunitários de saúde a partir de sua formação e de sua prática. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA JUNIOR, J.B. Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Anais ...** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.11-22.

SILVA, D.M.G.V.; FRANCIONI, F.F.; MEIRELLES, B.H. ; SOUZA, S.S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Revista Lat-Am Enferm**, Ribeirão Preto, SP, v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SILVA, M.A.M.; RIVERA, I.R.; FERRAZ, M.R.M.T.; PINHEIRO, A.J.T.; ALVES, S.W.S.; MOURA, A.A. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares em crianças e adolescentes da rede de ensino da cidade de Maceió. **Arq Bras Cardiol**, v.84, p.387-92, 2005.

SIQUEIRA, H.C.H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar:** um novo modo de pensar e agir. 2001. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2001.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; OLVEIRA, D.L.L.C . A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.26, n.2, p.147-153, ago. 2005.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista Enferm**, São Paulo, v.24, n.6, p.778-83, jul. 2011.

SPINEL, L.F.; PUCHEL, V.A.A. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.28, n.4, p.534-41, dez. 2007.

STERN, P.N. Grounded Theory Methodology: its uses and processes. **Image**, v.12, n.1, p.21-3, 1980.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa:** técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Facultad de Enfermería, Ed. Universidad de Antioquia, 2002

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STRAUSS, A.L.; GLASER, B.G. **Anguish.** Mill Valley, CA: Sociology Press, 1970.

STRONG, K.; MATHERS, C.; LEEDER, S.; BEAGLEHOLE, R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? **Lancet**, v.366, p.1578-82, 2005.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory?** São Paulo: Vozes, 2011.

VALENTE, R.I.R.O.P. **Parentalidade em famílias multiproblemáticas:** como os técnicos avaliam. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

VASCONCELOS, M.J.E. **Pensamento Sistêmico:** o novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papirus, 2002.

VIANA, V. Psicologia, Saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v. 4, n.20, p. 611-24, 2002.

VICENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta. paul. enferm.**, v.23, n.04, p.486-492, 2010.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A.; COSTA, M.C.S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.4, p.750-6, 2008.

WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. **Cad Saúde Pública**, v.17, p.7-36, 2001.

WALTNER-TOEWS, D. **Ecosystem Sustainability and Health:** a practical approach. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

WALTNER-TOEWS, D.; KAY, J. The evolution of an Ecosystem Approach: the Diamond Schematic and an Adaptive Methodology for Ecosystem Sustainability and Health. **Ecology and Society**, v.10, n.1, p.38, 2005.

WHO. World Health Organization. **Equity, social determinants and public health programs.** Geneva: WHO, 2010.

WHO. World Health Organization. **The atlas of heart disease and stroke.** Geneva: WHO, 2004.

WILLETT, W.C. Nutritional epidemiology issues in chronic disease at the turn of the century. **Epidemiol Rev**, v.22, n.1, p.82-6, 2000.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4. ed. Tradução de Sílvia Spada. São Paulo: Roca, 2012.

ZAMBERLAN, C.; CALVETTI, A.; DEISVALDI, J.; SIQUEIRA, H.C.H. Qualidade de vida, salud y enfermería em la perspectiva ecosistémica. **Enfermería Global**, v.10, p.1-7, 2010.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto intitulado **“Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde”** tem como objetivo geral: Investigar se o ambiente domiciliar de pais com cardiopatias favorece o desenvolvimento de atitudes e comportamentos semelhantes nos filhos que moram com eles e verificar se os cuidados de enfermagem/saúde, por meio de ações de promoção de saúde, são capazes de afastar estas atitudes e comportamentos nos filhos.

Para que o objetivo seja alcançado a coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada utilizando o método da Fundamentação de Dados.

A princípio, não existem riscos prejudiciais à integridade dos sujeitos participantes desta pesquisa. Entretanto, há possibilidade de os mesmos, ao rememorar os fatos de suas vidas, se emocionarem, possibilitando sentimentos negativos ou positivos.

Este estudo justifica-se pelo fato de que, ao conhecer as influências que as patologias cardiovasculares causam ao conjunto familiar e nos demais elementos constituintes deste espaço ecossistêmico, exista a possibilidade de planejar ações e tecnologias de saúde mais específicas em prol da promoção da saúde desse grupo. Além disso, em virtude da escassez de estudos similares no Brasil e alicerçada por um referencial teórico filosófico, esta proposta pode contribuir na organização/estruturação de instituições de saúde de referência em doenças crônicas, em especial as cardiovasculares, e sobretudo abordar um novo enfoque, o ecossistêmico.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Doutoranda Cláudia Zamberlan, que pode ser encontrada pelo *e-mail* claudiazamberlanenator@gmail.com, e pelos telefones (55) 32209554 ou (55) 32201200. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato via telefone a cobrar e/ou por *e-mail*.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Existe o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e trabalhos científicos a serem elaborados.

Eu discuti com a doutoranda Cláudia Zamberlan sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a

serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso aos dados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício.

Assinatura do sujeito participante

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

Cláudia Zamberlan - Doutoranda em Enfermagem FURG

Fone: 55-32209554 ou 55-32201200 *e-mail*: claudiazamberlanenator@gmail.com

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira - Professora Orientadora

Fone: 53-32330310 *e-mail*: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA-ENTREVISTA

Número da entrevista	
Codiname	
Idade	
Sexo	
Grau de Instrução	
Questões orientadoras da entrevista	
1	Relate suas atitudes e comportamentos mediante a vivência/experiência da doença de seus pais.
2	De quem e que orientações você recebeu para cuidar de sua saúde?
3.	Como essas orientações auxiliaram/auxiliam no seu modo de viver?

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA
--

Rio Grande, 12 de setembro de 2012

À Chefia de Enfermagem do Serviço de Cardiologia da Santa Casa do Rio Grande,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar a V.S.^a permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa junto ao Serviço de Cardiologia, mais especificamente, com os prontuários de pacientes com cardiopatia isquêmica, no intuito de averiguar o endereço dos mesmos, pois a pesquisa será feita efetivamente no contexto domiciliar. A presente pesquisa é orientada pela Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa, intitulada **ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**, tem como objetivo geral: Investigar a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais portadores de morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, e de que, por meio do cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, seja capaz de dissipar atitudes e comportamentos nos filhos.

A relevância do estudo ancora-se na possibilidade de que, ao conhecer as influências que essas patologias causam ao conjunto familiar e demais elementos constituintes desse espaço ecossistêmico, haja probabilidade de planejar ações, tecnologias em saúde, mais específicas em prol da promoção da saúde desse grupo vulnerável. Além disso, em virtude da escassez de estudos similares no Brasil, e alicerçada em um referencial teórico-filosófico, essa proposta pode contribuir na organização/estruturação das instituições de saúde de referência em doenças crônicas, em especial, as cardiovasculares e, sobretudo, abordando um novo enfoque, o ecossistêmico.

Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V.S.^a, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

Cláudia Zamberlan, Dr^{da}
Doutoranda em Enfermagem FURG

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr^a
Orientadora

E-mail: claudiazamberlanenator@gmail.com *E-mail:* hedihs@terra.com.br

APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA A.C. SANTA CASA DO RIO GRANDE
--

Prezada Coordenadora Dr^a. Susi Lauz

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos através deste solicitar a V. S.^a apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada: **ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**, que tem como objetivo geral: Investigar a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais com morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, e de que, por meio do cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, seja capaz de dissipar atitudes e comportamentos nos filhos.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para localizar os sujeitos da pesquisa na elaboração da tese de doutorado, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Os resultados servirão para a produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos da área da saúde. Conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os sujeitos selecionados só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma via sendo entregue ao participante e a outra permanecendo com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo.

Na certeza de contar com o apoio habitual de V. S.^a, desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Cláudia Zamberlan, Dr^{da}
Doutoranda em Enfermagem FURG

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr^a
Orientadora

E-mail: claudiazamberlanenator@gmail.com *E-mail:* hedihs@terra.com.br

Sr^a. Coordenadora Susi Lauz

DD. Presidente do Comitê Ética em Pesquisa da A.C. Santa Casa do Rio Grande

APÊNDICE E

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE – CEPAS/FURG

Prezado Presidente,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, vimos através deste, solicitar a V. S.^a apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada: **ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**, que tem como objetivo geral: Investigar a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais com morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, e de que, por meio do cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, seja capaz de dissipar atitudes e comportamentos nos filhos.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a elaboração da tese de doutorado, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Além disso, os resultados servirão para a produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos da área da saúde. Conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os sujeitos selecionados só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma via sendo entregue ao participante e a outra permanecendo com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo.

Na certeza de contar com o apoio habitual de V. S.^a, desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Cláudia Zamberlan, Dr^{da}
Doutoranda em Enfermagem FURG

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr^a
Orientadora

E-mail: claudiazamberlanenator@gmail.com *E-mail:* hedihs@terra.com.br

Sr. Presidente Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde – CEPAS/ FURG

APÊNDICE F

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA
--

Prezado(a) Sr.(a),

Vimos respeitosamente, através deste, convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: **ECOSSISTEMA DOMICILIAR DE PAIS CARDIOPATAS E O MODO DE VIVER DOS FILHOS: POSSIBILIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM/SAÚDE**, que tem como objetivo geral: Investigar a possibilidade de o ecossistema domiciliar de pais com morbidades cardiovasculares propiciar atitudes e comportamentos que corroborem para manifestações análogas na saúde dos filhos que convivem neste ambiente, e de que, por meio do cuidado de enfermagem/saúde, com ações interativas de promoção de saúde domiciliar, seja capaz de dissipar atitudes e comportamentos nos filhos.

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na Tese de Doutorado em Enfermagem/Saúde de Cláudia Zamberlan do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG e outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos e salientamos que sua participação, neste trabalho, é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Rio Grande, de de 2012

Cláudia Zamberlan, Dr^{da}
Doutoranda em Enfermagem FURG

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr^a
Orientadora

E-mail: claudiazamberlanenator@gmail.com *E-mail:* hedihs@terra.com.br

APÊNDICE G

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE INTERCÂMBIO INTERNACIONAL DE
DOUTORADO, NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO,
PORTUGAL

Dr^{da}. Cláudia Zamberlan
Orientadora: Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Doutoranda: Cláudia Zamberlan

Modalidade: Intercâmbio de Doutorado – Estágio de Doutorado (CAPES)

Instituição: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Professora orientadora do intercâmbio: Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Vigência do Intercambio: 2 de janeiro a 5 de fevereiro de 2013

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal do intercâmbio

O estágio de doutorado na Escola Superior de Enfermagem do Porto teve como principal objetivo integrar e conhecer as atividades da Escola de Enfermagem, ampliando o campo de visão acerca da atuação da Enfermagem no contexto internacional.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Aprofundar referenciais teóricos e conceituais em uma perspectiva dinâmica e inter-relacional.
- ✓ Realizar visitas técnicas a instituições de saúde públicas e privadas.
- ✓ Realizar coleta de dados da tese direcionada a doenças crônicas não transmissíveis e interconexão com o ecossistema domiciliar.

3 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO (ESEP)

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) caracteriza-se como uma instituição pública não integrada de Ensino Superior Politécnico, apresentando elementos distintos no plano internacional e nacional da formação de enfermeiros em nível de excelência, bem como da criação, transmissão e difusão da cultura do saber e da tecnologia, por meio da articulação do estudo, ensino e pesquisa.

A Escola tem como **VISÃO** a pretensão de ser um espaço onde se aprende uma Enfermagem mais significativa para as pessoas e ser interventiva nos processos de cuidar em saúde. Dessa forma, pretende ser uma referência no ensino da Enfermagem, destacando-se: na excelência do processo de ensino/aprendizagem; no desenvolvimento de competências específicas de Enfermagem; e na inovação de modelos assistenciais.

A ESEP acredita numa Enfermagem que tem por foco os processos de transição centrados nas pessoas, na família e no ambiente, e aposta na aprendizagem como processo evolutivo, proativo, de autodesenvolvimento de competências válidas nos diferentes contextos.

Assim, a Escola tem por **MISSÃO** proporcionar ciclos de estudos, bem como outros programas de formação, orientados para o desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem. Além disso, promover investigação e programas de desenvolvimento geradores quer de novo conhecimento disciplinar, quer de inovação em saúde. Nesse enfoque, para que isso se efetive, a ESEP promove estrategicamente a sua articulação com outras organizações e redes nacionais e internacionais (Figura 13).



Figura 13 – Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)

Fonte: <<http://img.pai.pt/mysite/media/32/19/0/4e306307-69f4-41e1-8abc-667af4b19b67.jpg>>

3.1 Breve Histórico

A ESEP, em funcionamento desde 2007, surgiu da fusão de três instituições de ensino superior públicas de Enfermagem no Porto quais sejam: as Escolas Superiores de Enfermagem D. Ana Guedes, Cidade do Porto e São João. A origem remota da Escola voltada ao ensino do serviço de Enfermagem vem desde 15 de junho de 1896, quando foi criado o Curso de Enfermeiros do Hospital Geral Santo Antônio, uma das primeiras escolas de Enfermagem do país.

Acompanhando a evolução técnica e caritativa do século XX, em 1954 foi criada a primeira escola da enfermagem pública do Porto, PT e, mais recentemente, em 1983, surgiu a nova escola para formação especializada de enfermeiros. Desta história nasceu a Escola Superior de Enfermagem do Porto, aproveitando o que de melhor cada uma teve para oferecer, o que possibilitou construir uma escola inovadora, aberta à comunidade, sendo hoje referência no ensino e na pesquisa em enfermagem (<http://www.esenf.pt/pt/a-esep/apresentacao/breve-historia>).

3.2 Cursos da ESEP

A ESEP possui os seguintes cursos:

- a) **Licenciatura em Enfermagem**, com duração de quatro anos, apresentando, como condições de acesso, o concurso nacional de acesso ao Ensino Superior, concursos especiais para maiores de 23 anos, concursos especiais para titulares de cursos superiores e concursos especiais para mudança de curso, reingresso e transferência.
- b) **Especialização em Enfermagem**, cujo título de especialista em enfermagem comprova a qualidade e a especial relevância do currículo profissional na área de enfermagem e para efeitos da composição do corpo docente das instituições de ensino superior e para a carreira docente do ensino superior politécnico, não sendo confundível com, nem se substituindo ao título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.
- c) **Mestrado em Enfermagem**, abrangendo as seguintes áreas: Comunitária, Direção Chefia e Serviços de Enfermagem, Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Infantil e Pediatria, Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Mental e Psiquiatria, Sistemas de Informação, Supervisão Clínica.

- d) **Pós-Licenciatura**, abrangendo as áreas Comunitária, Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Infantil e Pediatria, Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Mental e Psiquiatria.
- e) **Pós-Graduação e outros** em Gestão em Enfermagem e Enfermagem Avançada.

5 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A produção do conhecimento na enfermagem direcionada pela pesquisa constitui prioridade estratégica no contexto da enfermagem/saúde. Essa perspectiva fundamenta-se como relevante para superar o modelo tradicional tecnicista e instrucionista de pensar, fazer e construir o conhecimento em saúde/enfermagem, possibilitando criar um paradigma capaz de disciplinar metodologicamente o pensamento, o senso crítico e a análise formal do problema, centrado no ser-discente em seu contexto e nas suas inter-relações.

Esse paradigma precisa alicerçar-se na autonomia, cooperação, criatividade, auto-organização e capacidade crítica do discente, preparando-o para viver e conviver no mundo dinâmico e incerto da tecnologia da informação. É desse modo que a pesquisa emerge como ponto importante para contribuir nesse movimento de reorientação no campo do conhecimento, seja teórico ou prático (SOUZA, 2008).

O primeiro encontro com a professora responsável pelo intercâmbio realizou-se no dia 7 de janeiro de 2013, nas dependências da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste primeiro encontro foi realizado o reconhecimento de todas as dependências da Escola. Posteriormente a este encontro, no dia 8 de janeiro, foi delineado o plano de atividades para o período de permanência na Escola.

Todas as orientações individuais com a Dr^a. Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira foram realizadas periodicamente e, nesses encontros, foram discutidos temas tais como: sistemas de saúde português e brasileiro, doenças crônicas não transmissíveis com ênfase no infarto do miocárdio e padrões de adoecimento, discussões acerca dos resultados da tese de doutorado da professora Teresa, intitulada: “Copyng, exaustão vital, ansiedade e depressão em pessoas submetidas à revascularização do miocárdio”, e discussões acerca do projeto de tese em vigência no intercâmbio.

Destaca-se que nessas discussões o amplo conhecimento da Dr^a. Teresa a respeito das questões da tese, bem como a interconexão com o ecossistema domiciliar, redes de apoio e saúde mental foram motivos de questionamentos, e reflexões contínuas.

As atividades realizadas voltaram-se, primordialmente, para o acompanhamento de serviços na cidade do Porto, PT, direcionadas às visitas técnicas na área da cardiologia, bem como do Sistema de Saúde Pública na nação portuguesa, com orientação e supervisão da Prof^a. Dr^a. Teresa Rodrigues, que possibilitou o desencadeamento do intercâmbio na Escola de Enfermagem do Porto, assim como ações voltadas à compreensão do sistema de saúde vigente, participação em sustentações de dissertações e coleta de dados do projeto de tese com enfoque no ecossistema domiciliar, considerando o contexto das transformações sociais, culturais, econômicas e do sistema de saúde local com enfoque nas transformações mundiais.

Todas as ações/atividades do intercâmbio em enfermagem foram estruturadas nos seguintes momentos: contato prévio com a professora orientadora, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, que contemplasse aderência de suas pesquisas com a temática da tese, reconhecimento e compreensão da realidade local, aprofundamento teórico das atividades realizadas e possibilidade de formalização do intercâmbio interunidades por meio de reuniões com o diretor da Escola do Porto.

A adaptação à cultura local e a distância do país de origem são enfatizados como o primeiro impacto do intercâmbio. Porém essa adaptação foi fácil, pois o coorientador local demonstrou, a todo momento, auxílio, orientações quanto ao modo de vida da população portuguesa e direcionamento dos costumes locais.

Efetivamente buscou-se priorizar as atividades e objetivos propostos no plano de trabalho, quais sejam: realizar coleta de dados da tese com filhos de cardiopatas, visitas técnicas, conhecimento dos sistemas de saúde público e privado, bem como o aprofundamento teórico metodológico da tese intitulada **Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da Enfermagem/Saúde**.

Muitas foram as possibilidades de troca de experiências, inclusive com dois doutorandos de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), que também se encontravam na Escola, no mesmo período. Estas interações possibilitaram, além das trocas de experiências, uma contribuição na possibilidade de percepção de novas ações para cuidar em enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do intercâmbio fortaleceu o compromisso com ações ecossistêmicas, viabilizando ações que corroborem para o reconhecimento da ciência da enfermagem no contexto da saúde.

Por conseguinte, as contribuições inerentes ao intercâmbio de doutorado corroboram com a inter-relação com outras culturas, possibilidades de vivências com um sistema de saúde internacional, aprofundamento teórico-metodológico da tese, além de contato direto com profissionais enfermeiros assistenciais e docentes. Ainda, destaca-se o contato com outra cultura, costumes, amizades e possibilidades de novas redes.

Inúmeras são as contribuições de um Intercâmbio Internacional de Enfermagem na formação acadêmica, principalmente, quando se tem a perspectiva de ecossistema como norteadora das ações para a (re)construção de diferentes práticas assistenciais, de pesquisa e de ensino, possibilitando a transformação do ser e fazer enfermagem.

7 AGRADECIMENTOS

Expresso o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que me incentivaram e apoiaram para que o Intercâmbio de Doutorado fosse efetivado, meu eterno agradecimento.

Agradeço aos meus pais, Francisco e Vanir, primeiros incentivadores.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia H. de Siqueira, por constantemente me apoiar e estimular para a busca do conhecimento em outros contextos, em especial, neste onde o intercâmbio ocorreu. És minha referência de profissional enfermeira e ser docente.

À Escola de Enfermagem do Porto, em especial à Prof^a. Dr^a. Teresa Rodrigues, o meu mais sincero agradecimento. Fostes para mim não somente uma orientadora fora do país, mas uma amiga, que me mostrou outro ambiente, ensinou-me, entre outras coisas, a história de um país muito parecido com o nosso; fostes minha referência em um local para mim desconhecido e que não mediu esforços para que eu pudesse concluir em Portugal a primeira etapa da minha coleta de dados. Quero um dia poder retribuir sua atenção, apoio, carinho e acolhimento.

À minha grande amiga, Juliana, que abdicou de suas férias para acompanhar-me nesta viagem, cuidando de meu filho como se fosse seu. Sim, você é a melhor madrinha que o

Guilherme poderia ter e a amiga com quem sempre pude contar. A você, meu carinho e eterna consideração.

Aos amigos, Solange e Enzo, que aceitaram compartilhar desta minha experiência, pois estando de férias foram conhecer Portugal e com vocês dividi momentos inesquecíveis de passeios e discussões teóricas. A você, Solange, que cuidou do Guilherme para mim em muitas manhãs, e a você, Enzo, que brincou com meu filho por tantas vezes, obrigada de coração.

Aos meus amigos portugueses, Salete e Edgar, obrigada por tudo, pelo acolhimento, pelas orientações, pelas informações e pelo carinho dispensado. Vocês foram fundamentais nesta minha trajetória.

E não podia aqui de deixar de agradecer ao grande amor da minha vida, meu filho Guilherme, que, mesmo tão pequeno, acompanhou-me durante o intercâmbio. Tua presença perto de mim fez-me vencer as adversidades e os medos. Esta experiência fora do país foi singular porque você esteve e sempre estará ao meu lado.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

<http://www.esenf.pt/pt/a-esep/apresentacao/breve-historia>

APÊNDICE H

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ARTIGO 1
SOBRE O INTERCÂMBIO INTERNACIONAL DE DOUTORADO, NA ESCOLA
SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO, PORTUGAL¹

INTERCÂMBIO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM, MODALIDADE DE
DOUTORADO, NA PERSPECTIVA ECOSISTÊMICA

Cláudia Zamberlan, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Introdução: A pesquisa e a produção do conhecimento na enfermagem constituem prioridade estratégica em todo o mundo. Nessa perspectiva, fundamenta-se como importante, para superar o modelo tradicional tecnicista, instrucionista de pensar, fazer e construir o conhecimento em saúde/enfermagem, centrado no docente, e criar um paradigma capaz de disciplinar metodologicamente o pensamento, o bom senso e a intuição, na análise formal do problema centrado no discente e no contexto em que vive e se desenvolve. Esse paradigma precisa alicerçar-se na autonomia, cooperação, criatividade, auto-organização e capacidade crítica do discente, preparando-o para viver e conviver no mundo revolucionário da tecnologia da informação. É desse modo que a pesquisa emerge como ponto importante para contribuir nesse movimento de reorientação no campo do conhecimento, seja teórico ou prático¹. Corroborando com essa proposta, os intercâmbios internacionais de doutorado em enfermagem visam fomentar a cooperação entre pesquisadores e instituições do país e do exterior². Essa proposta pode alavancar as pesquisas no âmbito da enfermagem/saúde, por contribuir com a interconexão de ações, preconizar o movimento e as inter-relações de diferentes saberes, bem como possibilitar novas metodologias, com vistas ao progresso científico e tecnológico em uma perspectiva inter-relacional – a ecossistêmica. A perspectiva ecossistêmica, como novo paradigma, proporciona visão de contexto, com maior amplitude e abrangência, destacando a compreensão ecossistêmica da vida que enfatiza as relações do todo com as partes; reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o entrosamento dos indivíduos e das sociedades nos processos cíclicos da natureza. É um mundo globalizado, enredado, onde todos, querendo ou não, encontram-se entrelaçados. Ao mesmo tempo, aumentam as redes de intercâmbios, de cooperação e de solidariedade³. Em analogia com este paradigma sistêmico, a participação de estudantes brasileiros nesta modalidade de intercâmbio pode possibilitar aprimoramento técnico-científico; ampliação de bases para compreensão do objeto de estudo e conceitos inter-relacionados; contribuição para enriquecimento metodológico dos projetos de tese; e realização de aprofundamento bibliográfico internacional⁴. A enfermagem brasileira ganha com esta proposta, mas, também, a estrangeira, uma vez que o estímulo à leitura e às discussões conjuntas proporcionam trocas de conhecimento, seu aprimoramento, além de cooperação para futuras pesquisas, em um contexto sistêmico. Com base nos propósitos descritos, **objetivou-se** refletir sobre o intercâmbio internacional em enfermagem na modalidade de doutorado, estágio de doutorado,

¹ Artigo publicado nos Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem - O Clássico e o Emergente: Desafios da Pesquisa em Enfermagem (SENPE 2013). Anais do 17º SENPE, v.1, n.1, Natal, RN, p.1293-5, 2013. ISSN 2237-3454,

na perspectiva ecossistêmica. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão teórica, em analogia com autores que trabalham e discutem a temática exposta e as inter-relações entre intercâmbio de doutorado e sua importância para a pesquisa mundial e nacional em enfermagem, arraigada em uma perspectiva dinâmica e interconecta. **Resultados e Discussão:** Desde a década de 70 do século passado, enfermeiros têm realizado esforços para a integração na política de pós-graduação brasileira e, com o expressivo crescimento da pós-graduação em Enfermagem, nos dez anos subsequentes, com a criação de cursos de doutorado, formulação de estratégias para a expansão dos cursos e redução das desigualdades sociais regionais. Além do avanço na inserção de representantes de Enfermagem no CNPQ e na CAPES, houve a sinalização do potencial da Ciência da Enfermagem para ocupar o seu lugar e definir suas especificidades quanto à sua área de conhecimento⁴. Concomitante com esta expansão de conhecimentos e de ações que suscitaram uma enfermagem inserida em um panorama nacional e internacional no contexto da Pós-Graduação Brasileira, aparece a modalidade de intercâmbio internacional para estudantes regularmente matriculados em cursos de Pós-Graduação. Esta modalidade de intercâmbio, denominada Estágio de Doutorado (doutorado sanduíche) possibilita ao doutorando desenvolver parte de sua pesquisa em instituição estrangeira de reconhecida excelência, a um só tempo visando fomentar a cooperação entre pesquisadores e instituições do Brasil e do exterior¹. Apesar desses esforços, existe necessidade crescente de pesquisas que corroborem com a cooperação internacional e nacional na enfermagem/saúde, sendo objeto de discussão para (re)configuração das práticas em enfermagem. Refletir acerca deste enfoque propõe que os intercâmbios de doutorado com instituições internacionais, tanto de ensino quanto de pesquisa, se direcionem aos desafios que suscitam superação, não somente do ponto de vista do avanço do conhecimento quanto da formação de novos pesquisadores, corroborando com o progresso em todos os âmbitos: científico, tecnológico, econômico e social¹. Assim, ao atravessar fronteiras por meio de intercâmbios, os doutorandos e seus orientadores buscam a coprodução, construção e criação do conhecimento científico. Esse processo ocorre em virtude do diálogo, e este depende da construção de um saber relacional, contextual, possibilitado pelas interações que acontecem entre as pessoas a partir do ambiente que as cerca³. Esse modelo aponta para inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos – físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. E, dessa forma, também os educacionais, que transcendem fronteiras disciplinares e conceituais³. Nesse sentido, o conjunto de elementos que constituem e estruturam os ecossistemas no contexto da enfermagem/saúde formam redes de cooperação e de interligação, otimizam o trabalho da enfermagem e, com isso, corroboram para ações em saúde de modo a viabilizar a sustentabilidade⁵. Essas ações podem ser fundamentadas pelos intercâmbios educacionais onde, de acordo com o pensamento ecossistêmico, a modalidade proposta pode redirecionar o ensino e a pesquisa, tornando-se um desafio para a Enfermagem brasileira e mundial na contemporaneidade pela reconstrução de novas práticas no campo da assistência, ensino e pesquisa, interconectando arte e ciência, além de transformar a enfermagem na ação de refazer, repensar e reproduzir, no âmbito da ciência e da vida¹.

Considerações: As pesquisas em enfermagem/saúde podem facilitar o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e os intercâmbios acadêmicos educacionais nos cursos de doutorado podem possibilitar a cooperação internacional, no intuito de fomentar pesquisas que viabilizem novas tecnologias e maneiras de atuação no ser e fazer enfermagem. Além disso, os intercâmbios fortalecem o compromisso com ações ecossistêmicas de cunho dinâmico, inter-relacional e cooperativo no intuito de viabilizar ações que corroborem para o reconhecimento da ciência da enfermagem no contexto da saúde. Esse paradigma voltado ao discente estaria fazendo a capacitação, buscando a autonomia para que possa, de forma contínua, atender às modificações que se processam de forma constante no contexto no qual o

sujeito vive e se desenvolve, em contraponto com o paradigma tradicional que viabiliza ações prontas.

Descritores: Enfermagem; Pesquisa; Intercâmbio Internacional.

Eixo 3: O que e para que pesquisar: limites e possibilidades das linhas e grupos de pesquisa em enfermagem.

Referências

1. Souza KV. Intercâmbio educacional internacional na modalidade e de doutorado sanduíche em enfermagem: relato de experiência. Esc Anna Nery Enferm, 2008 jun; 12(2):358-63
2. Ministério da Educação (BR). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES [site da Internet]. Estágio de Doutorando-Balcão (sanduíche/sandwich) [acesso em 18 fev 2012]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/bolsas/noexterior/estagio_doutorandobalcao.html.
3. Moraes CM, Torre SDL. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. Revista Educação. Porto Alegre. 2006 jan/abr; 29.1(58):145-172.
4. Erdman AL, Mendes IAC, Leite JL. A enfermagem como área de conhecimento no CNPq: resgate histórico da representação da área. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007 mar; 11 (1):118-126.
5. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JR. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30:437-444.

APÊNDICE I

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ARTIGO 2 POSSIBILIDADES, DIFICULDADES E POTENCIALIDADES DE UM INTERCÂMBIO DE DOUTORADO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM²

² Artigo encaminhado para publicação na Revista Enfermagem UERJ. ISSN impresso: 0104-3552.

**POSSIBILIDADES, DIFICULDADES E POTENCIALIDADES DE UM
INTERCÂMBIO DE DOUTORADO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM**

**CHANCES, DIFFICULTIES AND POTENTIALITIES OF AN EXCHANGE OF
INTERNATIONAL NURSING DOCTORAL**

**OPORTUNIDADES, DIFICULTADES Y POTENCIALES DE INTERCAMBIO
INTERNACIONAL DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA**

Sugestão de título abreviado:

INTERCÂMBIO DE DOUTORADO INTERNACIONAL EM ENFERMAGEM

RESUMO

Apresenta as atividades realizadas no Intercâmbio Internacional de Doutorado em Enfermagem, destacando as possibilidades, dificuldades e potencialidades dessa modalidade. Caracteriza-se como um relato de experiência realizado entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS, Brasil e Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal no período de janeiro e início de fevereiro de 2013. O objetivo do estágio foi enfatizar o aprofundamento de referenciais teóricos e conceituais em uma perspectiva dinâmica e inter-relacional com realização de atividades de visitas técnicas e coleta de dados da tese direcionada a doenças crônicas não transmissíveis e interconexão com o ecossistema domiciliar. A experiência denotou a importância da cooperação internacional interinstituições, fortalecendo o compromisso com ações ecossistêmicas de cunho dinâmico, inter-relacional e cooperativo no intuito de viabilizar ações que corroborem para o reconhecimento da ciência da enfermagem no contexto da saúde.

Descritores: Enfermagem; Pesquisa; Intercâmbio Internacional.

ABSTRACT

Presents the activities carried out in the International Exchange Doctorate in Nursing , highlighting the possibilities, difficulties and potentialities of this modality. It is characterized as an experience report conducted between the Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande/RS, Brazil and School of Nursing of Porto, Portugal, between

January and early February 2013. The goal of the internship was to emphasize the deepening of theoretical and conceptual references in a dynamic and inter-relational perspective with conducting technical visits and data collection activities of the thesis, targeted to chronic diseases and interconnection with the domiciliary ecosystem. Experience denoted the importance of inter-institutional international cooperation, strengthening the commitment to ecosystem dynamic nature of actions, inter-relational and cooperative in order to enable actions to corroborate the recognition of the science of nursing in the health context.

Keywords: Nursing; Research; International Exchange.

RESUMEN

Presenta las actividades llevadas a cabo en el Intercambio Internacional de Doctorado en Enfermería, destacando las posibilidades, las dificultades y potencialidades de esta modalidad. Se caracteriza por ser un relato de experiencia llevada a cabo entre el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande/RS, Brasil y la Escuela de Enfermería de Porto, Portugal, entre enero y principios de febrero de 2013. El objetivo de las prácticas era enfatizar la profundización de los marcos teóricos y conceptuales en una perspectiva dinámica e inter-relacional con la realización de visitas técnicas y actividades de recopilación de datos de la tesis dirigida a las enfermedades crónicas específicas y la interconexión con el ecosistema domiciliario. La experiencia destacó la importancia de la cooperación internacional entre instituciones, intensificando el compromiso con acciones ecosistémicas de naturaleza dinámica, de interrelación y de cooperación, haciendo posibles acciones que corroboran el reconocimiento de la ciencia de enfermería en el contexto de la salud.

Palabras clave: Enfermería; Investigación; Cambio Internacional.

INTRODUÇÃO

A produção do conhecimento na enfermagem direcionada pela pesquisa constitui prioridade estratégica no contexto da enfermagem/saúde. Essa perspectiva fundamenta-se como relevante para superar o modelo tradicional tecnicista e instrucionista de pensar, fazer e construir o conhecimento em saúde/enfermagem, possibilitando criar um paradigma capaz de disciplinar metodologicamente o pensamento, o senso crítico e a análise formal do problema, centrado no ser-discente em seu contexto e nas suas inter-relações.

Esse paradigma precisa alicerçar-se na autonomia, cooperação, criatividade, auto-organização e capacidade crítica do discente, preparando-o para viver e conviver no mundo dinâmico e incerto da tecnologia da informação. É desse modo que a pesquisa emerge como ponto importante para contribuir nesse movimento de reorientação no campo do conhecimento, seja teórico ou prático¹.

Corroborando com essa proposta, os intercâmbios internacionais de doutorado em enfermagem visam fomentar a cooperação entre pesquisadores e instituições do país e do exterior². Essa proposta pode alavancar as pesquisas no âmbito da enfermagem/saúde por contribuir com a interconexão de ações, preconizar o movimento e as inter-relações de diferentes saberes e possibilitar novas metodologias com vistas ao progresso científico e tecnológico em uma perspectiva inter-relacional – a ecossistêmica.

A perspectiva ecossistêmica, como novo paradigma, proporciona a visão contextual como uma visão mais abrangente, destacando a compreensão ecossistêmica da vida que enfatiza as relações do todo com as partes, reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o entrosamento dos indivíduos e das sociedades nos processos cíclicos do ambiente. Ao mesmo tempo, essa perspectiva aumenta as redes de intercâmbios, de cooperação e de solidariedade³.

Em analogia com este paradigma sistêmico, a participação de estudantes brasileiros nesta modalidade de intercâmbio pode possibilitar aprimoramento técnico-científico; ampliação de bases para compreensão do objeto de estudo e conceitos inter-relacionados; contribuição para enriquecimento metodológico dos projetos de tese e realização de aprofundamento bibliográfico internacional⁴. Assim, as propostas de intercâmbios internacionais em enfermagem proporcionam trocas de conhecimento, aprimoramento dos já existentes, além de cooperação para futuras pesquisas em um contexto sistêmico. Com base nos propósitos descritos, **objetivou-se** relatar a experiência de um Estágio de Doutorado Internacional em Enfermagem realizado em Portugal, destacando as possibilidades, dificuldades e potencialidades desta modalidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de em estágio de doutorado internacional de Enfermagem, realizado interunidades – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS, Brasil e Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal, no período de janeiro e início de fevereiro de 2013, após aceite da professora orientadora da Escola e delineamento do plano de ação para o período.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A realização de intercâmbio de doutorado no exterior criou a possibilidade de aprofundamento da pesquisa em vigência por meio de novos referenciais sob o contexto mundial, bem como oportunizou a formação de postura crítica, reflexiva e interconexa, devido à convivência e aos debates com outros pesquisadores e estudantes, bem como com outras instituições estrangeiras da pesquisa com novos referenciais⁵.

Assim, este relato de experiência trata-se de uma síntese do relatório que será anexado à tese, sendo baseado em atividades acadêmicas realizadas no decorrer do estágio, corroborando com o enfoque ecossistêmico e destacando as possibilidades, dificuldades e potencialidades desta modalidade acadêmica.

As atividades realizadas voltaram-se, primordialmente, para, o acompanhamento de serviços na cidade do Porto, direcionadas a visitas técnicas na área da cardiologia, bem como do sistema de saúde pública na nação portuguesa, com orientação e supervisão de uma doutora em enfermagem, que possibilitou o desencadeamento do intercâmbio na Escola de Enfermagem do Porto, assim como ações voltadas à compreensão do sistema de saúde vigente, participação em sustentações de dissertações e coleta de dados do projeto de tese com enfoque no ecossistema domiciliar, considerando o contexto das transformações sociais, culturais, econômicas e do sistema de saúde local com enfoque nas transformações mundiais. Todas as ações/atividades do intercâmbio em enfermagem foram estruturadas nos seguintes momentos: contato prévio com a Professora Orientadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, que contemplasse aderência de suas pesquisas com a temática da tese, reconhecimento e compreensão da realidade local, aprofundamento teórico das atividades realizadas e possibilidade de formalização do intercâmbio interunidades, por meio de reuniões com o diretor da Escola do Porto.

A adaptação à cultura local e a distância do país de origem são enfatizados como o primeiro impacto do intercâmbio. Porém, esta adaptação foi fácil, pois o coorientador local

demonstrou, a todo momento, auxílio, orientações quanto ao modo de vida da população portuguesa e direcionamento dos costumes locais.

Efetivamente buscou-se priorizar as atividades e objetivos propostos no plano de trabalho, quais sejam: realizar coleta de dados da tese com filhos de cardiopatas, visitas técnicas, conhecimento do sistema de saúde público e privado, bem como o aprofundamento teórico metodológico da tese intitulada **Ecossistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da Enfermagem/Saúde**.

O alcance desses objetivos englobou um conjunto de ações, como busca ativa por meio de prontuários e de profissionais da saúde acerca dos possíveis sujeitos da pesquisa para que a coleta de dados se efetivasse, visitas a diferentes instituições hospitalares e centros de saúde, por meio dos programas de saúde da família, e estudos e discussões individuais e com o professor local, acerca do aprofundamento teórico da tese bem como da temática como prioridade de pesquisa mundial.

Concomitante com esta expansão de conhecimentos e de ações que suscitaram uma enfermagem inserida em um panorama nacional e internacional no contexto da Pós-Graduação Brasileira, aparece a modalidade de intercâmbio internacional para estudantes regularmente matriculados em cursos de Pós-Graduação. Esta modalidade de intercâmbio possibilita ao doutorando desenvolver parte de sua pesquisa em instituição estrangeira de reconhecida excelência, a um só tempo, visando fomentar a cooperação entre pesquisadores e instituições do Brasil e do exterior¹.

Apesar desses esforços, existe necessidade crescente de pesquisas que corroborem com a cooperação internacional e nacional na enfermagem/saúde, sendo objeto de discussão para (re)configuração das práticas em enfermagem.

A reflexão acerca deste enfoque propõe que os intercâmbios de doutorado com instituições internacionais, tanto de ensino quanto de pesquisa, direcionem-se aos desafios que suscitem superação, não somente do ponto de vista do avanço do conhecimento quanto da formação de novos pesquisadores, corroborando com o progresso em todos os âmbitos: científico, tecnológico, econômico e social¹.

Assim, ao atravessar fronteiras por meio de intercâmbios, os doutorandos e seus orientadores buscam a coprodução, construção e criação do conhecimento científico. Esse processo ocorre em virtude do diálogo, e este depende da construção de um saber relacional, contextual, possibilitado pelas interações que acontecem entre as pessoas a partir do ambiente que as cerca. O modelo aponta para inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos

– físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. E, dessa forma, também os educacionais, que transcendem fronteiras disciplinares e conceituais³.

Nesse contexto, o conjunto de elementos que constituem e estruturam os ecossistemas no contexto da enfermagem/saúde formam redes de cooperação e de interligação, otimizam o trabalho da enfermagem⁶. Essas ações podem ser fundamentadas pelos intercâmbios educacionais onde, de acordo com o pensamento ecossistêmico, a modalidade proposta pode redirecionar o ensino e a pesquisa, tornando-se um desafio para a enfermagem brasileira e mundial, na contemporaneidade, pela reconstrução de novas práticas no campo da assistência, ensino e pesquisa, interconectando arte e ciência, além de transformar a enfermagem na ação de refazer, repensar e reproduzir, no âmbito da ciência e da vida¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta vivência acredita-se que os intercâmbios fortalecem o compromisso com ações ecossistêmicas, viabilizando ações que corroborem para o reconhecimento da ciência da enfermagem no contexto da saúde. Esse paradigma voltado ao discente estaria fazendo a capacitação, buscando a autonomia para que possa, de forma contínua, atender às modificações que se processam de forma constante no contexto no qual o sujeito vive e se desenvolve.

As contribuições inerentes ao intercâmbio de doutorado corroboram com a inter-relação com outras culturas, possibilidades de vivências com um sistema de saúde internacional, aprofundamento teórico-metodológico da tese, além de contato direto com profissionais enfermeiros assistenciais e docentes. Ainda, destaca-se o contato com outra cultura, costumes, amizades e possibilidades de novas redes.

Conclui-se que são inúmeras as contribuições de um Intercâmbio Internacional de Enfermagem na formação acadêmica, principalmente, quando se tem a perspectiva do ecossistema como norteadora das ações para a (re)construção de diferentes práticas assistenciais, de pesquisa e de ensino, possibilitando a transformação do ser e fazer enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza KV. Intercâmbio educacional internacional na modalidade e de doutorado sanduíche em enfermagem: relato de experiência. Esc Anna Nery Enferm, 2008 jun; 12(2):358-63

2. Ministério da Educação (BR). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior-CAPES [site da Internet]. Estágio de Doutorando-Balcão (sanduíche/sandwich) [acesso em 18 fev 2012]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/bolsas/noexterior/estagio_doutorandobalcao.html.
3. Moraes CM, Torre SDL. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. *Revista Educação*. Porto Alegre. 2006 jan/abr; 29.1(58):145-72.
4. Erdman AL, Mendes IAC, Leite JL. A enfermagem como área de conhecimento no CNPq: resgate histórico da representação da área. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007 mar; 11 (1):118-26.
5. Kashiwagi, HM. Contribuições do estágio de doutorado sanduíche na formação acadêmica: desafios e conquistas. *Revista Geografar*. 2011 dez; 6 (2): 217-31
6. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JR. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30:437-44

APÊNDICE J

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ARTIGO 3 PARADIGMA SISTÊMICO E O ENFOQUE NO ECOSISTEMA DOMICILIAR: REFLEXÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ¹

Cláudia Zamberlan
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

¹ Artigo encaminhado para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem. ISSN impresso: 0034-7167. ISSN Eletrônico: 1984-0446.

**PARADIGMA SISTÊMICO E O ENFOQUE NO ECOSISTEMA DOMICILIAR:
REFLEXÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**SYSTEMIC PARADIGM AND THE HOUSEHOLD ECOSYSTEM APPROACH:
REFLECTIONS FOR HEALTH PROMOTION**

**PARADIGMA SISTÉMICO Y EL ENFOQUE EN EL ECOSISTEMA DOMICILIAR:
REFLEXIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Cláudia Zamberlan¹
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira²

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. e Enfermeira Assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde – GEES. Rio Grande/RS, Brasil. *E-mail*: claudiazamberlanenator@gmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde – GEES. Rio Grande/RS, Brasil. *E-mail*: hedihs@terra.com.br.

RESUMO

Objetiva-se refletir acerca do paradigma sistêmico com enfoque no ecossistema para a promoção da saúde. Caracteriza-se como uma reflexão teórico-filosófica, em analogia com autores que trabalham e discutem os conceitos de sistema, ecossistema domiciliar e promoção da saúde, à luz do paradigma sistêmico. Reflete-se que o conhecimento do ecossistema domiciliar na perspectiva das orientações de enfermagem/saúde para a promoção da saúde(,) suscita determinar conceitos, contextualizar as representações de espaço e de tempo, possibilitando uma análise e discussão, com base nos pressupostos sistêmicos, a partir de um ponto de vista das possibilidades, das interações, das interconexões e do equilíbrio dinâmico.

Descritores: Teoria Sistêmica. Ecossistema. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

It aims to reflect on the systemic paradigm with focusing on the ecosystem for the health promotion. Characterized as a theoretical and philosophical reflection, in analogy with authors who work and discuss the concepts of system, domiciliary ecosystem and health promotion in the light of the systemic paradigm. Reflects that knowledge of domiciliary ecosystem in the perspective of the home nursing guidelines/health for health promotion, promotes establish concepts, context representations of space and time, enabling an analysis and discussion, based on the systemic assumptions, from a view of the possibilities, interactions, interconnections and dynamic balance.

Keywords: Systemic Theory. Ecosystem. Health Promotion.

RESUMEN

Su objetivo es reflexionar sobre el paradigma sistémico con el enfoque en el ecosistema para la promoción de la salud. Caracterizado como una reflexión teórica y filosófica, en analogía con los autores que trabajan y discuten los conceptos de sistema, ecosistema domiciliario y promoción de la salud a la luz del paradigma sistémico. Refleja que el conocimiento de los ecosistemas domiciliaria en la perspectiva de las directrices de salud/enfermería a domicilio para la promoción de la salud, plantea determinar conceptos, contextualizar representaciones de espacio y tiempo, lo que permite un análisis y discusión, sobre la base de las hipótesis sistémicas, desde una visión de las posibilidades, interacciones, interconexiones y el equilibrio dinámico.

Palabras clave: Teoría Sistémica. Ecosistema. Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

O paradigma sistêmico tem raízes complexas desde a sua origem e evolução. O pensamento em termos de sistemas abrange os mais diversos campos do conhecimento, sendo fundamental seu emprego na saúde, pois interconecta com a análise do processo saúde-doença-cuidado, destacando vias para a promoção da saúde que contemplem as interações dos elementos envolvidos.

Nesse enfoque, a complexidade dos acontecimentos dos últimos anos propiciou aos diferentes sistemas buscarem alternativas distintas quanto à solução da problemática social, bem como a mobilização dos setores para encontrar estratégias de auto-organização e sobrevivência em um contexto mais amplo, o global⁽¹⁾.

Torna-se imperativo descrever como o paradigma sistêmico surgiu, no intuito de entender as ações que se processam de maneira dinâmica no contexto onde o ser humano vive e se desenvolve. Sabe-se que em meados de 1937 foi elaborada, por Ludwig Von Bertalanffy, a Teoria Geral dos Sistemas, com o propósito de construir teorias e conceitos aplicáveis a realidades empíricas. Critica-se a visão de mundo dividido em diferentes áreas e especialidades, como física, química, biologia, psicologia, sociologia, dentre outras. Na sua percepção são divisões arbitrárias, apresentando espaços delimitados, definidos e vazios entre elas⁽²⁾.

O sistema é designado como um conjunto de objetos unidos por meio de uma interação entre os elementos constituintes. Assim, o conjunto destas partes unificadas entre si pode ser considerado um sistema, desde o momento em que a relação entre as partes e o comportamento do todo seja considerada como ponto de atenção. O sistema é conceituado como um conjunto de partes diferenciadas em interação, formando um todo organizado, possuindo um objetivo constante^(2,3).

Dessa forma, o pensamento sistêmico corresponde a uma nova forma de analisar, descrever e compreender as forças e inter-relações que formulam o comportamento dos sistemas⁽⁴⁾. O pensamento sistêmico corresponde a uma maneira de avaliar os acontecimentos em seu entorno e suas possíveis implicações. A visão sistêmica demonstrou ser indispensável em uma grande variedade de campos científicos e tecnológicos.

A elaboração dessa teoria contribuiu para a modificação ou para a geração de um pensamento mecanicista para sistêmico, e, assim, as relações entre as partes e o todo foram invertidas, pois pelo paradigma cartesiano pensava-se que num sistema complexo o comportamento do todo podia ser analisado por suas partes. Em contraponto, no paradigma sistêmico, os sistemas vivos não podem ser interpretados e compreendidos pela análise de

suas partes, tendo em vista que as propriedades das partes só podem ser apreendidas dentro de um contexto maior⁽⁵⁾. Assim, o sistema como um conjunto de unidades reciprocamente relacionadas⁽²⁾.

Nesse sentido, diferentes autores demonstraram o aparecimento de dois conceitos que fazem um delineamento das características básicas de um sistema, quais sejam: propósito ou objetivo, que afirma que todo sistema tem propósitos ou objetivos; e globalismo ou totalidade, que aborda que em qualquer estimulação, em qualquer unidade formadora do sistema, afetará de maneira global o todo, porque existe uma inter-relação entre causa e efeito^(2,3,6).

Na perspectiva do ecossistema domiciliar sob o enfoque sistêmico, para Prigogine⁽⁷⁾, fundamenta-se que neste as decisões humanas dependem das lembranças do passado e das expectativas para o futuro. Isto porque um evento implica no aparecimento de uma nova estrutura, que contém bifurcações e incertezas, proporcionando um sinal de instabilidade que, para o paradigma sistêmico, é sinal de vitalidade do sistema.

Esse dado remete a pensar que as incertezas e as instabilidades de um ecossistema não são pontos negativos do mesmo. Para a perspectiva sistêmica são princípios que remetem a uma mudança, estruturam-se, levando a uma nova ordem, a um novo fazer, a um equilíbrio dinâmico deste ambiente a partir dos elementos que o constituem.

Nessa acepção justifica-se a importância desta reflexão, pois poderá contribuir para delinear um conhecimento em relação ao ecossistema domiciliar, sinalizando aspectos inerentes ao mesmo. Neste estudo objetivou-se refletir acerca do paradigma sistêmico com enfoque no ecossistema domiciliar para a promoção da saúde.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como uma reflexão teórico-filosófica em analogia com autores que trabalham e discutem os conceitos de sistema, ecossistema domiciliar e promoção da saúde à luz do paradigma sistêmico.

Nesse propósito sinalizaram-se os princípios da Teoria Sistêmica, a partir das obras de Ilya Prigogine e Ludwig Von Bertalanffy, inter-relacionando-os aos aspectos do ecossistema domiciliar, no intuito de fundamentar a promoção da saúde a partir desses princípios.

DISCUSSÕES E REFLEXÕES

A concepção sistêmica de Bertalanffy estabelece uma complexa rede de interações, com princípios caracterizados como universais e aplicáveis aos sistemas de modo geral, de qualquer natureza. Para o autor é necessário estudar não somente as partes e os processos de

modo isolado, mas, sobretudo, resolver os problemas encontrados na organização e na ordem que os tornam unificados, como resultado da interação dinâmica das partes, considerando diferentes os comportamentos das partes quando estudados isoladamente e quando tratados no todo⁽²⁾. Assim, diferentes princípios são estudados e conceituados, de acordo com a natureza à qual se aplicam.

No prefácio da segunda edição da obra de Ilya Prigogine, denominada *Ciência, Razão e Paixão*, foi destacado que este teórico russo teve seus estudos marcados pela transdisciplinaridade, e que o percurso de suas ideias abarca os princípios da incerteza, bifurcações, dissipações e irreversibilidades que contemplam a modernidade⁽⁸⁾. Denota-se que a transdisciplinaridade, por ser um fenômeno complexo, deva ser considerada como atributo para ações em prol de um equilíbrio dinâmico em um determinado sistema. Destarte, a transdisciplinaridade permeia as ações de promoção da saúde em diferentes sistemas, e, no ecossistema domiciliar, a mesma poderá criar uma nova ordem, renovando saberes, ações, propiciando autonomia e equilíbrio dinâmico a todos os seres envolvidos e interconectados neste processo.

Sustenta-se o enfoque de que a transdisciplinaridade surgiu no intuito de socializar saberes, buscando um saber complexo, horizontalizado, visualizando as partes e o todo⁽⁹⁾. Nesse entendimento, corroborando com os princípios de Prigogine⁽⁷⁾, e aplicando-os ao ecossistema domiciliar pode-se compreender que este é o todo.

O todo é uma unidade complexa e não se reduz à soma de seus elementos que constituem as partes, ou seja, as unidades individuais. Em analogia, é complexa, pois possui uma dinâmica de interações formando redes, portanto, não pode ser reduzida e/ou simplificada⁽¹⁰⁾. Então, no contexto ecossistêmico existe uma complexidade de ações e interações e os elementos constituintes formam redes de colaboração.

No século XIX a ciência herdou duas concepções importantes que se constituem como paradoxos, quais sejam: a visão mecanicista, determinista e reversível, negando o tempo, e a visão termodinâmica, que fundamenta o crescimento da entropia. A maneira sistêmica de visualizar o mundo e as coisas compreende uma “flecha” do tempo. Uma irreversibilidade propiciaria o entendimento de ordem biológica orientada para uma complexidade cada vez maior e para a amplificação de inovações. Neste contexto não linear do não equilíbrio aceitam-se os princípios da auto-organização e de subsistemas que se desenvolvem longe do equilíbrio⁽¹¹⁾.

Essa complexidade do sistema remete ao conhecimento multidimensional, direcionado ao reconhecimento de um princípio de incerteza e incompletude. A complexidade, nesse

enfoque, permanece com uma noção ampliada, que guarda a incapacidade de definir e determinar, necessitando reconhecer as possibilidades e as características do que é complexo; designando o enfrentamento da incerteza e da desordem para uma nova ordem^(9,12), sendo estes princípios importantes quando se aponta para o referencial sistêmico.

Assim, podem-se perceber os princípios sistêmicos, quais sejam: a circularidade, a interdependência, as influências mútuas, o equilíbrio dinâmico, a cooperação e a auto-organização de um determinado sistema, presentes no ecossistema domiciliar, pela singularidade, interatividade e interconexão de todos os elementos bióticos – seres vivos –, e abióticos – seres inanimados –, que constituem o ecossistema domiciliar.

Todas as características e aplicações sistêmicas de Prigogine, delineadas como um sistema aberto, ou seja, que permeiam trocas e interações entre seus elementos, são importantes para o enfoque ecossistêmico domiciliar. Ao fundamentar esses princípios a um determinado ecossistema, neste caso o domiciliar, deve-se considerar que nomeadamente o ecossistema apresenta inúmeros conceitos, porém, corrobora-se com o conceito de que é um sistema aberto, composto por organismos vivos e não vivos e o meio com o qual e no qual interagem, trocando matéria e energia em um determinado instante espaço-temporal, onde essa interação é fundamental para a convivência harmônica, saudável e sustentável^(13,14). Assim, o ecossistema domiciliar, constituído por todos os seus elementos em forma de rede, possibilita vias para a promoção da saúde por meio de um importante elemento que é o ser humano.

O ser humano inserido na perspectiva ecossistêmica é^(3:53):

[...] capaz de refletir sobre si mesmo, desafiar o seu próprio pensamento, realizar um exame das suas ideias e do pensamento dos outros integrantes da organização. É desta maneira, que ele poderá tornar-se participante e ativo, na construção de um processo dinâmico de rede interconectada/integrativa [...].

O ser humano na perspectiva sistêmica é único, porque o ecossistema domiciliar tem interação própria a partir dos elementos que o constituem. Há laços de afeto importantes, pois se direcionam aos aspectos familiares, permitindo que os sujeitos que o formam reflitam sobre suas ações, mediante as demais partes que compõem este ambiente. A compreensão das interações presentes no ecossistema domiciliar possibilita conhecer e integrar ações em consonância aos princípios ecossistêmicos para a promoção da saúde neste meio.

O ecossistema é compreendido como uma unidade de organismos que interagem entre si e mantêm relação com o ambiente em que vivem, destacando o ser humano como parte que

integra este conjunto. Assim, a totalidade de elementos que estruturam esta realidade, ao relacionarem-se entre si, é capaz de constituir redes no espaço em que coabitam, com o propósito de desenvolverem-se harmonicamente⁽¹⁴⁾.

Denota-se que o domicílio é ambiente importante para a segurança, sobrevivência e amparo da família. É a família, por meio dos laços afetivos em seu domicílio, que incorpora os valores éticos e morais, e aprofunda os laços de afetividade pelo próximo, fornecendo recursos indispensáveis à ampliação do bem-estar dos seus componentes⁽¹⁵⁾. Ainda, na perspectiva adotada, a família pode ser entendida como uma dinâmica interativa, delineando uma interdependência entre seus elementos e direcionando para relações e valores, de ética, de expectativas e de objetivos comuns, os quais sinalizam para sua singularidade e identidade.

Porém, para entender as interações humanas no ecossistema domiciliar, deve-se perceber que se trata de um ambiente complexo por natureza, interdependente, onde seus componentes agem de maneira integrada, inter-relacionada e sob influência mútua⁽¹⁶⁾. O ecossistema domiciliar apresenta possibilidades de mudanças nas ações de seus componentes. Assim, o profissional da saúde, em especial, o enfermeiro, por meio de orientações e do saber científico, pode estimular a mudança comportamental e de atitudes, sem esquecer dos aspectos culturais que permeiam os sujeitos envolvidos.

Destaca-se neste contexto a promoção da saúde como um movimento que se originou no Canadá, em 1974, ao questionar o papel exclusivo da medicina na resolução de problemas de saúde. Seus pressupostos iniciais foram formulados em 1974 no documento oficial denominado *The new perspectives on the health of Canadians*, conhecido também como *Informe Lalonde*. Esse documento apresentou uma nova proposta para a saúde da população, considerando o campo da saúde em quatro esferas individuais, quais sejam: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização à assistência à saúde. Discutiu, também, a relação existente entre cada um desses fatores e sua influência nos problemas de saúde, enfatizando a necessidade de haver uma associação entre as melhorias do meio ambiente e as mudanças comportamentais para a promoção da saúde, em especial, da saúde pública⁽¹⁷⁾.

O desafio e a reflexão aqui expostos focam a promoção da saúde, potencializada pelo enfermeiro com enfoque ecossistêmico, no intuito de trabalhar com as facetas que envolvem o ecossistema domiciliar, quais sejam, os fatores de risco modificáveis, bem como as questões econômicas, sociais e de meio ambiente, que se configuram como questões ecossistêmicas e que, direta ou indiretamente, possibilitam modificações para um viver saudável. Para tanto, torna-se importante refletir que o enfoque ecossistêmico engloba a concepção de políticas públicas amplas que envolvam a formulação de um conjunto de políticas e medidas de

intervenção legal, econômica, financeira, institucional e social, que possam reduzir e/ou eliminar as ações diretas e indiretas sobre os ecossistemas, o que acaba por interferir na saúde e bem estar humano⁽¹⁸⁾.

As pessoas que constituem o ecossistema domiciliar, ou seja, que compõem o núcleo familiar, precisam de um cuidado interconectado e interativo, com o propósito de reverter comportamentos antigos que possibilitariam o desencadeamento de morbidades. Nesse enfoque, para evitar e/ou minimizar quadros análogos na saúde dos membros que constituem o ecossistema domiciliar, as orientações e o saber científico da enfermagem/saúde podem tornar-se subsídios eficazes para a reflexão de ações, contribuindo nas ações dos sujeitos envolvidos para a mudança comportamental, com vistas a um viver saudável.

As orientações no ecossistema domiciliar, local em que ocorrem manifestações de doença e de saúde, demonstram um ambiente complexo por possuir ações e cultura própria. Portanto esse ecossistema determina interações com outros ecossistemas, o que pode ser demonstrado pela retroalimentação que atravessa o espaço e o tempo, e pelos princípios da auto-organização, singularidade, interatividade e ajuda mútua⁽¹⁹⁾. Esses princípios, no ecossistema domiciliar, aparecem, fundamentalmente, pelos conhecimentos que seus elementos adquirem da enfermagem/saúde, a partir de diferentes perspectivas.

Nessa direção, para que se contemplem as múltiplas dimensões do ser humano no ecossistema domiciliar, torna-se necessária a utilização de referenciais interativos que possam atender às necessidades emergentes do ser humano em sua complexidade e singularidade, no contexto onde vivem e interagem. É imperativa uma visão ampliada do conjunto de elementos que constituem o ambiente, a favor da vida⁽¹⁶⁾.

Sugere-se que um determinado conhecimento, se efetivamente aplicado, é capaz de direcionar as pessoas para uma ação com vistas a atingir um melhor resultado para todos. Esse resultado pode ser alcançado pelos princípios do pensamento sistêmico, pois este apresenta uma complexidade maior, abarcando conceitos tais como: possibilidades, mudanças, influências mútuas, que se interconectam⁽²⁰⁾.

Para operacionalizar estes princípios e aplicá-los ao ecossistema domiciliar, no intuito de direcionar ações de orientação em prol da promoção da saúde, é necessário um planejamento que preconize a atenção contínua, articulada e integrada no ecossistema domiciliar, permitindo a reflexão periódica dos elementos constituintes deste espaço, no intuito de promover a saúde e a qualidade de vida de seus componentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do ecossistema domiciliar, na perspectiva das orientações de enfermagem/saúde para a promoção da saúde, suscita determinar conceitos como os de elementos, família e promoção da saúde, além de contextualizar as representações de espaço e de tempo, possibilitando uma análise e discussão, com base nos pressupostos sistêmicos, a partir de um ponto de vista das possibilidades, das interações, das interconexões e do equilíbrio dinâmico.

Sob esse olhar, é fundamental o conhecimento do ecossistema domiciliar, com vistas à dinâmica auto-organizativa, em busca de uma nova ordem, sinalizando um equilíbrio dinâmico. Assim, a perspectiva sistêmica direciona para conhecimento, compreensão e discussão, evidentemente mais amplos, dos contextos apresentados pelas suas dinâmicas e interatividades. Ainda, o conhecimento desse ecossistema permite a promoção da saúde em prol das necessidades emergentes dos elementos envolvidos, potencializando a mudança de pensamentos, comportamentos, atitudes e delineando uma qualidade de vida melhor.

REFERÊNCIAS

- 1 Backes DS. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora. [tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 2 Bertalanffy L. Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petropolis, RJ: Vozes; 2009.
- 3 Siqueira, HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir. [Tese] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
- 4 Senge PM. A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller; 2003.
- 5 Capra F. O ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 2001.
- 6 Chiavenato I. Teoria geral da administração. 7.ed. São Paulo: Campus; 2004.
- 7 Prigogine, I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Física; 2009.
- 8 Carvalho EA. Prefácio. In: Prigogine I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Física; 2009.
- 9 Morin E. Cabeça bem feita: repensar a reforma, repensar o pensamento. 17.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
- 10 Petraglia I. Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber. 11.ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- 11 Prigogine I. Penser le temps. In:(Nysenholc A, Boom JP, organizadores. Redécouvrir le Temps. Bruxelas: Université de Bruxelles; 1988. pp.5-19.

- 12 Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5.ed. Lisboa: Instituto Piaget; 2008.
- 13 Miranda EE. A ecologia. São Paulo: Loyola; 1995.
- 14 Santos MC, Siqueira HCH, Silva JR. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30:437-44.
- 15 Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(2):357-63.
- 16 Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.
- 17 Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. In: Organización Pan-Americana da Saúde (OPAS). Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPAS; 1996.
- 18 Freitas CM, Oliveira SG, Schutz GE, Freitas MB, Camponovo MPG. Ecosystem approaches and health in Latin America. Cad Saúde Pública. 2007;23:283-96.
- 19 Waltner-Toews D, Kay J. The evolution of an Ecosystem Approach: the Diamond Schematic and an Adaptive Methodology for Ecosysthodology for Ecosystem Sustainability and Health. Ecology and Society. 2005;10(1):38.
- 20 Lawinsky MLJ. Diálogos entre os conceitos de Abordagem Ecossistêmica à Saúde Humana e de Vigilância à Saúde no Brasil. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

APÊNDICE K

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ARTIGO 4 AMBIENTE, SAÚDE E ENFERMAGEM NO CONTEXTO ECOSISTÊMICO¹

Cláudia Zamberlan
Adriane Calvatti de Medeiros
Jaqueline Dei Svaldi
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

¹ Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 603-6.



Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico

Environment, health and nursing in the ecosystem context

Ambiente, salud y enfermería en el contexto ecosistémico

Claudia Zamberlan^I, Adriane Calvetti de Medeiros^I, Jaqueline Dei Svaldi^{II},
Hedi Crecencia Heckler Siqueira^{III}

^I Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Rio Grande-RS, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem. Rio Grande-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande-RS, Brasil.

Submissão: 28-07-2011 Aprovação: 31-05-2013

RESUMO

Trata-se de uma revisão teórico-filosófica que teve como objetivo refletir acerca das inter-relações ambiente, saúde e enfermagem na perspectiva ecossistêmica. A compreensão do ambiente e sua influência na saúde das pessoas, bem como das possibilidades que os sistemas alavancam, podem produzir subsídios para a formulação de novas políticas públicas nos diversos contextos vigentes ou, ainda, propiciar uma (re)organização das práticas já existentes trazendo outras possibilidades de atenção, além de direcionar e qualificar o cuidado em saúde/enfermagem. Os profissionais da enfermagem, ao adotar ações ecossistêmicas no seu fazer cotidiano, tendem a preconizar o atendimento integral ao ser humano, pois têm a oportunidade de pôr em prática ações de cunho ambiental, ecológicas, físicas, psicológicas, espirituais e sociais, criando assim possibilidades de um cuidado interativo e integral.

Descritores: Enfermagem; Ambiente; Saúde; Ecossistema.

ABSTRACT

This is a theoretical and philosophical review that aimed to reflect on the interrelations between environment, health and nursing in an ecosystem perspective. The understanding of the environment and its influence on people's health, as well as the possibilities that the systems leverage, can produce input for the formulation of new public policies in various contexts, or even provide a (re)organization of existing practices by bringing additional opportunities for attention, in addition to direct and enhance caring in health / nursing. It is concluded that nursing professionals in taking ecosystem actions in their daily, advocates the comprehensive human attention, because they have the opportunity to put in practice actions of environmental, ecological, physical, psychological, spiritual and social nature, thus creating possibilities for a full and interactive care.

Key words: Nursing; Environment; Health; Ecosystem.

RESUMEN

Esta es una revisión teórica y filosófica que tuvo como objetivo reflexionar sobre las interrelaciones entre ambiente, salud y enfermería en una perspectiva ecossistémica. La comprensión del medio ambiente y su influencia en la salud de las personas, así como de las posibilidades que los sistemas levantan, puede producir subsidios para la formulación de nuevas políticas públicas en varios contextos vigentes o, incluso, (re)organizar las prácticas existentes, proporcionando más oportunidades para la atención, además de dirigir y mejorar la atención de la salud / enfermería. Se concluye que la enfermería, al adoptar acciones ecossistémicas en su quehacer cotidiano, aboga por la atención integral al ser humano y, por lo tanto, tiene la oportunidad de poner en práctica acciones de naturaleza ambiental, ecológica, física, psicológica, espiritual y social, creando así posibilidades de una atención completa e interactiva.

Palabras clave: Enfermería; Medio Ambiente; Salud; Ecosistemas.

AUTOR CORRESPONDENTE Adriane Calvetti E-mail: adriane.calvetti@gmail.com

INTRODUÇÃO

Na perspectiva ambiental o contexto da saúde e a inserção da disciplina enfermagem podem ser percebidos sob diversas óticas. A questão ambiental, mais especificamente o ecossistema, caracteriza-se como uma rede flexível, em permanente flutuação⁽¹⁾. Esta flexibilidade é consequência dos múltiplos elos e anéis de realimentação que mantêm o sistema em um estado de equilíbrio dinâmico⁽²⁾.

Nesta flutuação, a saúde elenca aspectos de caráter integrador, inter-relacional e multidimensional e está pautada nas múltiplas dimensões humanas: biológicas, sociais, psicológicas e espirituais, e outras, que se entrelaçam e inter-relacionam com o ambiente no qual as pessoas se encontram e que podem ou não transitar pelo atendimento em saúde na busca do equilíbrio e sustentabilidade. Essa constitui uma função complexa que associa características de interdependência, reciclagem, parceria, flexibilidade⁽³⁾.

Nesta ótica da saúde, acredita-se na possibilidade da enfermagem, como profissão, deliberar inter-relações por meio de seus quatro padrões fundamentais de saber, integrando ciência, ética, estética, além do conhecimento pessoal. Estes padrões, em suma, podem fundamentar a produção de novos conhecimentos e apresentar potencialidades para ampliar seu campo de ação nos diferentes cenários de cuidado e saúde onde a enfermagem está inserida.

Este enfoque emerge para a diversidade existente no contexto ambiental. Assim, os ecossistemas são capazes de alcançar a estabilidade dinâmica e, fundamentalmente, a capacidade de recuperação dos desequilíbrios, pela riqueza e complexidade das teias ecológicas⁽¹⁾. Por meio destas mudanças e complexidades emergentes, o sistema começa a explorar novas estruturas e tipos de organizações espaço-temporais, que se denominam como estruturas dissipativas, ou seja, não se referem mais a certezas, e sim a possibilidades⁽²⁾.

A compreensão do ambiente, sua influência na saúde das pessoas adicionadas às possibilidades que os sistemas desencadeiam, podem produzir subsídios para a formulação de novas políticas públicas nos diversos contextos vigentes na sociedade, ou ainda, propiciar uma (re)organização das práticas já existentes, além de direcionar e qualificar o cuidado em saúde/enfermagem. Transitando neste pensamento, percebem-se as complexas interações entre as diversas dimensões humanas; além disso, há necessidade de atender aos multifacetados aspectos dela decorrentes, o que leva a questionar a produção das ações de saúde⁽²⁾.

Assim, vislumbra-se que o ambiente de saúde e enfermagem é, sobretudo, complexo em sua essência e, de modo significativo, integra múltiplos conceitos e facetas. Pode-se, ainda, inferir que é fundamentalmente sistêmico e, neste aporte, remete ao pensamento de que a compreensão sistêmica baseia-se no pressuposto de que a vida é dotada de uma unidade de importância e que os diversos sistemas vivos apresentam padrões de organização semelhantes⁽¹⁾. Pode-se dizer que o organismo e o meio se modificam juntos, uma vez que se influenciam mutuamente⁽⁴⁾.

Sob esta perspectiva, desde as redes metabólicas das células até as teias alimentares dos ecossistemas, ou seja, os processos e componentes dos sistemas vivos que se interligam

em forma de rede, formam sistemas amplos que contemplam o contexto ecossistêmico. O ecossistema é entendido como um espaço/ambiente composto por uma comunidade de organismos, e sob esse olhar o ser humano compõe um dos elementos integrantes dessa comunidade⁽⁵⁾.

Nesta ótica, a saúde dependerá do equilíbrio dinâmico de todos os elementos constituintes do ecossistema, visto que, com base na Teoria Sistêmica, todos os elementos que constituem determinado espaço/ambiente interdependem, se inter-relacionam, exercem interações e influenciam-se mutuamente, sendo capazes de transformá-lo, por meio das diversas possibilidades que surgem dessa dinâmica. Os sistemas e a complexidade emergente negam o determinismo e insistem na criatividade em todos os níveis da natureza⁽²⁾.

Entretanto, numa visão mais ampliada, pode-se considerar o ecossistema humano como um sistema coerente de fatores biofísicos e sociais, com capacidades de adaptação e sustentabilidade ao longo de sua vivência⁽⁶⁾. E, mais do que isso, o ecossistema humano pode ser percebido como um sistema no qual um evento, após uma bifurcação, implica no aparecimento de uma nova estrutura social. Isto faz com que, para permanecer vivo e com saúde, deve-se partilhar fluxos contínuos de matéria e energia em uma circulação contínua dentro da teia da vida⁽¹⁻²⁾.

Destas interações e inter-relações emergem caminhos e/ou bifurcações a serem seguidos para que o ser humano possa buscar conhecimento, criar novas percepções, encontrar soluções, interagir com o meio e alcançar a sustentabilidade. Essas bifurcações aparecem em pontos especiais onde a trajetória seguida por um sistema se subdivide em ramos⁽²⁾, esses podem ser percebidos como novas opções a serem seguidas. Neste ínterim, um evento implica no aparecimento de uma nova estrutura social e, depois de uma bifurcação, as flutuações são os resultados das ações individuais. Ainda nesta perspectiva as bifurcações existentes são, simultaneamente, além de sinais de vitalidade, sinais de instabilidade em uma sociedade.

Para a ciência não existe um evento único. Cabe, portanto, ao ser humano, na atualidade, garantir a sua sobrevivência no futuro em seus múltiplos aspectos⁽²⁾. Em detrimento ao contexto da saúde vigente, o qual a enfermagem encontra-se inserida como disciplina, e as possibilidades de atenção ao humano questiona-se: Como ocorre a inter-relação do ambiente, saúde, e enfermagem na perspectiva ecossistêmica?

O estudo envolve uma reflexão teórico-filosófica, com discussões acerca das inter-relações entre os conceitos de ambiente, saúde e enfermagem à luz do pensamento ecossistêmico. Essa reflexão foi desenvolvida como trabalho final da disciplina de Filosofia da Ciência, da Saúde e da Enfermagem do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Por meio do material coletado e das leituras instituídas no decorrer da disciplina, estabeleceu-se uma discussão inter-relacional com a temática citada.

AMBIENTE, SAÚDE E ENFERMAGEM SOB A ÓTICA ECOSISTÊMICA

As reflexões aqui instituídas terão como embasamento o referencial de Prigogine e de autores que se fundamentam em

ideias sistêmicas arraigadas em estruturas dissipativas, dentre outros que corroboram com este pensar^(1,3,5,7-10).

Foi Prigogine, possivelmente, quem proporcionou apreender de modo diferente a linguagem utilizada para compreender o universo. Ao oportunizar um novo conhecimento a respeito dos fatos que cercam e constituem o universo, permitiu outro ponto de vista em relação à ciência⁽⁹⁾. Dessa forma, acenou para o abandono de uma ciência dogmática e neutra, tendo-a como um instrumento para entender e construir a existência de uma sociedade mais justa. Deste modo, os avanços inevitáveis do mundo e das ciências, agregados aos limites do próprio pensamento moderno, emergiram para uma nova visão de mundo, culminando em um pensamento mais complexo e colaborando para a busca de explicações mais adequadas à compreensão do saber científico. Portanto, para fundamentar este novo pensamento, constroem-se ideias de cunho dinâmico, inter-relacional, integrativo e, sobretudo, importante para o entendimento dos eventos que acontecem num dado sistema. No pensamento ecossistêmico, as imbricações e contribuições na estruturação do processo produtivo podem ser a fonte inovadora na produção em saúde, enfatizando a ligação entre as coisas e os seres, mostrando que tudo é inter-relacional em todos os pontos, como parte de uma totalidade ecológica⁽¹⁰⁾.

Por meio desta constatação a vida é dinâmica e inovadora, é movimento inscrito no tempo e, sendo assim, o equilíbrio que se pode encontrar é, sobretudo, dinâmico^(2,8). Neste sentido, essa noção de equilíbrio está fundamentalmente ligada à lógica do ser vivo, por isso, todo o corpo se transforma com o tempo, e a doença é, muitas vezes, um desregramento do seu equilíbrio dinâmico. Desse modo, as questões relacionadas ao ambiente e à saúde passaram, nos últimos anos, a ser foco de inúmeros estudos e pesquisas, tanto na área da saúde, como nas áreas de filosofia e sociologia. Em especial, porque as construções internas do organismo dependem das construções externas decorrentes do ecossistema vigente. Corroborando com este pensamento os seres humanos caracterizam-se por produzirem-se continuamente a si mesmos, ou seja, se auto-organizam⁽¹¹⁾. A auto-organização compreende sistemas organizados que estão de certa forma em relação mútua com o ambiente e, desta auto-organização emerge a ideia de unidade sistêmica, que reage às perturbações que possam surgir do ambiente no qual está inserida⁽¹²⁾.

Avançando nesta perspectiva, no contexto da enfermagem e da saúde, as questões ambientais são inerentes a este. Esta interdependência se estabelece pela forma como o ser humano, como ser no mundo e ser sujeito, se co-relaciona com as questões sistêmicas e ecológicas, visando não somente a sua sustentabilidade, mas, também, a dos demais seres de suas relações. Por meio desta constatação, percebe-se que os seres vivos constituem-se de sistemas e que, embora troquem matéria e energia com o meio ambiente, eles consistem numa rede de transformações dinâmicas, em que os componentes, em diferentes níveis, interagem entre si, de tal modo que esta interação tem como finalidade primeira a manutenção da própria rede, organismo e vida⁽¹¹⁾. Assim, "os sistemas vivos respondem autonomamente às perturbações do ambiente, com

mudanças na sua própria estrutura, ou seja, com um rearranjo do padrão de ligações de sua rede estrutural"⁽¹³⁾.

Decorre daí a percepção de que a saúde, no seu contexto dinâmico, aponta para diferentes possibilidades. Os seres humanos estão assistindo à emergência de uma ciência que não se limita mais às situações simplificadoras e idealizadas, mas, que evidencia a complexidade do mundo real, de uma ciência que permite a criatividade humana, o viver com uma expressão singular de um laço fundamental de todos os níveis da natureza⁽⁹⁾.

Pautada sob estas novas perspectivas, repensar a inter-relação entre ambiente, saúde e enfermagem, suscita reavaliar as interações existentes entre os seres humanos, bem como sua inserção em um ambiente instável. Pois, o caos é sempre uma consequência de fatores de instabilidade⁽⁹⁾. Quando se leva em consideração este aspecto, pode-se falar de uma reformulação das leis da natureza. Do ponto de vista aqui empregado, as ideias de Prigogine corroboram para um aprofundamento do escopo de reflexões de ordem científica, as quais permitem compreender o re-encantamento do mundo⁽¹³⁾. Sob este enfoque, a enfermagem como disciplina insere-se no contexto ecossistêmico, preconizando práticas ecológicas que colaborem para que o enfermeiro seja um agente promotor em saúde; considerando o ser humano em sua totalidade; tornando-se possível promover o cuidado com o homem natureza, arraigado por saberes ecológicos de proteção ambiental, nos diferentes espaços que ocupam⁽⁸⁾.

A enfermagem, imbuída nestas reflexões, conjectura a necessidade de ambientes saudáveis, no intuito de otimizar a saúde humana. Para que isso ocorra de modo efetivo, há necessidade de um estudo aprofundado dos ecossistemas e suas inter-relações, visto que este denota, que a maioria das relações entre os organismos vivos são cooperativas, caracterizadas pela coexistência e interdependência simbiótica em diversos graus^(10,16). Neste contexto da saúde/enfermagem, torna-se necessário encontrar metodologias coerentes que compreendam a realidade biofísica, sócio-política, cultural e espiritual, como capazes de produzir a sustentabilidade em todos os níveis⁽¹⁰⁾.

O conjunto de elementos que constituem e estruturam os ecossistemas vigentes podem construir, no contexto da enfermagem/saúde, redes de cooperação e de interligação, no intuito de otimizar o trabalho da enfermagem e, com isso, corroborar para ações em saúde, de modo a viabilizar a sustentabilidade. Pautados nesta perspectiva, os elementos que constituem uma realidade constroem redes de espaços onde coabitam e se desenvolvem de modo harmonioso e saudável⁽⁸⁾. Transferindo este pensar para as ações em saúde percebe-se que:

Tendo em vista que a saúde – como a vida, ela é sempre feita em coletivos [...], o importante é sentir que seja como for, fazemos parte ativa de sociedades e culturas e, somos, nós próprios, feitos também dessas sociedades e culturas. [...] O fluxo de equilíbrio dinâmico, entre todos os elementos do ecossistema de uma comunidade, é fator que nutre a rede social local e por isso precisa ser entendida como um bem comum, construído e a ser conservado pelo coletivo⁽⁸⁾.

Zamberlan C, et al.

Assim, as ações ecossistêmicas direcionadas para as inter-relações existentes entre ambiente, saúde e enfermagem necessitam ser pautadas na trajetória de suas histórias pessoais, na possibilidade de inovar, criar e recriar, modificando o curso dos fatos nos domínios mais profundos da vida⁽⁸⁾.

Essas reflexões, embasadas na concepção sistêmica, permitem a compreensão de que o ambiente direciona-se para profundas mudanças estruturais e, neste sentido, o enfermeiro imbuído de conhecimento científico arraigado à concepção ampliada de saúde, necessita buscar uma interligação cada vez mais sólida no contexto ecossistêmico, tendo em vista a sustentabilidade de suas ações e do ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que a inter-relação entre ambiente, saúde e enfermagem é uma constante no ecossistema onde o enfermeiro está inserido. As ações em saúde necessitam, fundamentalmente, ser pautadas, considerando os ambientes onde

o ser humano está agregado, bem como, a rede de interações e relações que ele construiu ao longo da vida, visto que a relação dele com o meio gera repercussões no seu pensar, agir e sentir. Ao adotar ações ecossistêmicas no seu fazer cotidiano o enfermeiro preconiza o atendimento integral ao ser humano, pois tem a oportunidade de adotar ações de cunho ambiental, ecológicas, físicas, psicológicas, espirituais, sociais, dentre outras, criando, assim, possibilidades de um cuidado integrativo e inter-relacional. Neste íterim compartilha-se da concepção de cuidado imbuída na interação com o ambiente.

Assim, buscar integrar o ambiente, a saúde e a enfermagem aos enfoques ecossistêmicos na saúde, emergem possibilidades de ações que envolvem os seres humanos, propondo reflexões acerca da experiência humana imbuída em uma rede de ligações a qual não comporta o determinismo. Uma vez que pensar sob a ótica ecossistêmica é, sobretudo, religar saberes, permitir flutuações em diversos campos do conhecimento, promover a auto-organização e, sobretudo, propiciar a sustentabilidade dos sistemas vigentes.

REFERÊNCIAS

1. Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix; 2002.
2. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. 2. ed. São Paulo: Livraria da Física; 2009.
3. Siqueira HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir. Florianópolis. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
4. Maturana H. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: UFMG; 2001.
5. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm* 2009;30(4):437-44.
6. Machlis GE, Force JE, Burch Jr WR. O ecossistema humano como um conceito organizador no manejo de ecossistema. *Societ Natural Resources* 1997;10(4):347-67.
7. Prigogine I. O fim das certezas. São Paulo: UNESP; 1996.
8. Morin E, Prigogine I. A sociedade em busca de valores para fugir à alternativa entre o ceptismo e o dogmatismo. Lisboa: Piaget; 1996.
9. Massoni NT. Ilya Prigogine: uma contribuição à filosofia da ciência. *Rev Bras Ensino Fis* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 13 jun 2010];30(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-1117200800020009&script=sci_abstract&tlng=es.
10. Schwonke CRGB, Hammerschmidt KSA, Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Siqueira HCH. Política de humanização da atenção e gestão do SUS (Humaniza SUS): perspectiva da abordagem ecossistêmica da saúde. In: *Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental*; 2009 dez 7-10; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem; 2009. p. 7383-7386.
11. Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento. Campinas: Psy; 1997.
12. Flickinger HG, Neuser W. A teoria da auto organização: as raízes da interpretação do conhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1994.
13. Fernandes R. O reencantamento do mundo: elementos para uma renovação epistemológica da ciência. In: *Anais do 3. Encontro da ANPPAS*; 2006 maio; Brasília, Brasil. Brasília: ANPPAS; 2006.
14. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix; 2006.
15. Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2010 Jun [acesso em 30 ago 2010]; 63(3):427-434. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf>
16. Gomes SF. Fatores ecossistêmicos na interface com o cuidado/trabalho da equipe de enfermagem em um serviço de pronto atendimento. Rio Grande. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem da FURG; 2011.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 002/ 2013

CEPAS 61/2012

Proc.: 23116.006160/2012-11.

Título do Projeto: **Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde.**

Pesq. Resp.: Cláudia Zamberlan

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento as pendências informadas no parecer 122/2012, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“Ecosistema domiciliar de pais cardiopatas e o modo de viver dos filhos: possibilidades de promoção da saúde pelo conhecimento da enfermagem/saúde”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/11/2013.

Rio Grande, RS, 08 de janeiro de 2013.


Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG