



(RE) DEFINING HEALTH CARE: THE ACCOUNT OF PEOPLE COMMITTED BY ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

(RE) SIGNIFICANDO O CUIDADO À SAÚDE: O RELATO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

(RE) SIGNIFICANDO EL CUIDADO A LA SALUD: EL RELATO DE PERSONAS ACOMETIDAS POR EL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

Adriana Ribeiro Oliveira¹, Cláudia Geovana da Silva Pires²

ABSTRACT

Objective: dismiss the definition of acute myocardial infarction from the lives of people stricken by the disease. **Method:** this is a study of a qualitative nature, in the light of the symbolic interactionism. The accounts of the interviewed parties were analyzed and divided into two thematic categories. Twenty-four victims of acute myocardial infarction were interviewed at a ischemic heart disease clinic in a public hospital, and of reference in cardiology, in Bahia. **Results:** Under the category "life before the infarction" the interviewees revealed, in their majority, that they are not concerned in seeing a doctor and had inadequate living habits because they did not feel any symptoms, and in the category "life after infarction", began having restrictions in the pleasures of life, as well as negative implications in their lives. **Final considerations:** the study reveals the necessity of implementing measures for promoting cardiovascular health care from childhood, contemplating people in various socio-economic levels, emphasizing the importance of adapting the language in order for the awareness of these people. **Descriptors:** infarction; daily life; nursing.

RESUMO

Objetivo: destacar o significado do infarto agudo do miocárdio para a vida das pessoas acometidas pela doença. **Método:** estudo de natureza qualitativa, a luz do Interacionismo simbólico, com 24 pessoas vítimas de infarto agudo do miocárdio que frequentaram o ambulatório de cardiopatias isquêmicas de um hospital público e de referência em cardiologia na Bahia – Brasil, no período de 15 de dezembro de 2010 a 15 de janeiro de 2011. Foi elaborado um roteiro semi-estruturado para a realização das entrevistas gravadas e as falas foram analisadas e apresentadas em categorias temáticas. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e pesquisa do Hospital Ana Nery, parecer número 063/2010. **Resultados:** na categoria "a vida antes do infarto" os entrevistados revelaram, na sua grande maioria, que não se preocupavam em procurar o médico e tinham hábitos de vida inadequados porque nada sentiam e na categoria "a vida após o infarto" passaram a ter restrição aos prazeres da vida, além de implicações negativas na sua vida em sociedade. **Considerações finais:** o estudo revelou a necessidade de implementação de medidas de promoção à saúde cardiovascular desde a infância, contemplando as pessoas de variados níveis socioeconômicos, ressaltando a importância da adequação da linguagem para o alcance do entendimento dessas pessoas. **Descritores:** infarto; cotidiano; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: destacar el significado del infarto agudo del miocardio para la vida de las personas acometidas por la enfermedad. **Método:** se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, a la luz del interaccionismo simbólico. Los relatos de los entrevistados fueron analizados y divididos en categorías temáticas. Fueron entrevistadas 24 personas víctimas de infarto agudo del miocardio que frecuentaron el ambulatorio de cardiopatías isquémicas de un hospital público y de referencia en cardiología en Bahia. **Resultados:** en la categoría "la vida antes del infarto" los entrevistados revelaron, en su gran mayoría, que no se preocupaban en procurar el médico y tenían hábitos de vida inadecuados porque nada sentían y en la categoría "la vida después del infarto" pasaron a tener restricciones a los placeres de la vida, aparte de implicaciones negativas en sus vidas en la sociedad. **Consideraciones finales:** El estudio revela la necesidad de implementación de medidas de promoción a la salud cardiovascular desde la infancia, contemplando las personas de variados niveles socio-económicos, resaltando la importancia de la adecuación del lenguaje para el alcance del entendimiento de las personas. **Descriptores:** infarto; cotidiano; enfermería.

¹Enfermeira. Graduada pelo Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil. E-mail: enfa.oliveira@gmail.com; ²Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e Professora Assistente da EEUFBA. Salvador (BA), Brasil. E-mail: cgspires@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) consistem em um grupo de causas de elevada taxa de morbidade e mortalidade no mundo inteiro. Pelo menos a metade das mortes ocorre até 1 hora após o início dos sintomas e antes de o paciente chegar à unidade de emergência do hospital.¹ Em 2004, ocorreram 7,2 milhões de mortes provocadas por doença arterial coronariana (DAC), representando 12,2% do total de mortes no mundo, o que a leva a ocupar o primeiro lugar no “top dez de causas de morte” da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos países desenvolvidos, essa doença ocupa o primeiro lugar e entre os países em desenvolvimento está situada no segundo lugar dentre os óbitos registrados.² Estima-se que ocorrerão 8.501.299 mortes em 2015 e 9.843.472 em 2030 provocadas por doenças isquêmicas do coração.³

As DCVs são as principais causas de mortalidade na população brasileira. As principais causas de morte, nos homens, são as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, enquanto nas mulheres predominam as doenças cerebrovasculares. O processo da aterosclerose e suas complicações são os responsáveis principais pela morbidade e mortalidade das DCVs, estimuladas e potencializadas pelos fatores de risco tradicionais: idade, sexo, tabagismo, dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Outros fatores genéticos e ambientais estão também envolvidos em graus variáveis de importância no que diz respeito à etiologia dessas patologias.⁴

No Brasil, a exemplo do mundo, o infarto agudo do miocárdio (IAM) possui relevante impacto em termos de mortalidade e número de hospitalizações. Considerando as estatísticas, os custos acompanham a incidência e a prevalência do IAM.⁵ Essas informações demonstram a necessidade de estudos mais abrangentes, os quais deverão nortear as condutas de prevenção e reabilitação para os indivíduos que sofrem dessa patologia, além de orientar uma política de saúde voltada às DCVs.

Acompanhando a tendência mundial, no Brasil também ocorreu o aumento da mortalidade por eventos cardiovasculares entre 1997 e 2007. Em 1997 foram registrados 248.273 óbitos e em 2007 eles totalizaram 308.095. Seguindo a disposição do seu grupo de causas, os óbitos por IAM também aumentaram no referido período, sendo registrado o número de mortos de 56.128 em 1997 e 71.902 em 2007. Dados ainda preliminares demonstraram que em 2008 ocorreram 74.538 óbitos por IAM no país.⁶ O panorama de morbidade e mortalidade provocado por patologias do sistema cardiovascular vem se tornando objeto de atenção e investigação devido ao impacto desses

agravos na vida do sujeito, em sua família, na sociedade e no Estado.

A prevenção do IAM é um ponto-chave, sendo que as modificações no estilo de vida são indispensáveis para o bom prognóstico da doença. A vida sedentária, dietas alimentares inadequadas, hábitos de vida incorretos, o estresse cotidiano e a exposição a fatores de risco são agravantes compartilhados por diversas pessoas. Apesar de várias campanhas que incentivam hábitos de vida saudáveis, ainda ocorre uma resistência em adotar atividades que garantam boa qualidade de vida e previnam o aparecimento de complicações biológicas que acarretam as DCVs e, conseqüentemente, o IAM. Muitas vezes, a mudança de tais hábitos se desenvolve de maneira impelida, após a exposição a um princípio de infarto ou ao IAM propriamente dito, sendo, portanto, uma questão de sobrevivência.

O estilo de vida antes do infarto determina o nível de risco para o desencadeamento da cardiopatia isquêmica referida e o impacto biopsicossocial do indivíduo após o evento. Ao mesmo tempo, esse estilo de vida de prevalência de fatores de risco ao aparelho cardiovascular, como tabagismo, etilismo, hábitos dietéticos inadequados e sedentarismo, antes do IAM e durante o período de reabilitação cardíaca, pode ou não apresentar alterações no período pós-acometimento pelo IAM.⁷

O cuidado de enfermagem à pessoa que sofre de IAM deve estar voltado para o tratamento, limitação/controle de danos e atividades de prevenção e promoção da saúde, a fim de diminuir a morbidade e a mortalidade pela doença. Assim, o processo de educação em saúde é imprescindível no processo de cuidar, para evitar o surgimento e a progressão da doença cardiovascular e contribuir para seu controle.⁸

Diante desse contexto, é necessário compreender que são estabelecidas relações entre o adoecer, a história de vida, o modo de viver dos sujeitos e os cuidados assumidos por eles.⁹ Essa compreensão pode ser o primeiro passo para, em conjunto, traçar estratégias de prevenção individualizadas. Se os indivíduos conhecerem os motivos subjacentes a suas escolhas e conseguirem incorporar a necessidade de mudança como forma de preservação da própria vida, é possível que modifiquem seus comportamentos cotidianos antes que o infarto aconteça, ou mesmo que essas pessoas infartadas deixem de se concentrar nas perdas geradas pela doença.

A partir disso, à luz do Interacionismo Simbólico, levantou-se o seguinte questionamento: “Como as vítimas de infarto agudo do miocárdio encaram suas vidas antes e após o evento?”.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Interacionismo Simbólico representa uma das principais escolas de pensamento da sociologia e tem como característica incorporar a reflexividade na análise da ação.¹⁰ O Interacionismo Simbólico tem seus fundamentos em três premissas: o ser humano age em relação às coisas com base nos sentidos que tais coisas têm para ele; o sentido das coisas é derivado ou se origina da interação social que o indivíduo estabelece com os outros; esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usados pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra.¹¹

A interação social é simbólica quando envolve uma interpretação do ato, um processo reflexivo. Os significados passam a ter grande relevância, pois sem eles as ações são só responsivas, sem sentido. Assim, os gestos das pessoas são parte de interação social e contribuem para o seu entendimento.

A pessoa não só determina seus objetivos, mas aplica suas próprias perspectivas para definir a situação. Percebe-se então, como membro de um grupo, ocupando um espaço na sociedade. Depois que define a situação, é capaz de guiar seu próprio comportamento de acordo com o conjunto de significados estabelecidos pelo grupo. À luz do Interacionismo Simbólico, é possível extrair os significados do infarto para as pessoas vítimas de um evento dessa doença.

No IAM, uma área do músculo cardíaco é destruída de maneira permanente, em geral por causa do fluxo sanguíneo reduzido em uma artéria coronária, devido à ruptura de uma placa aterosclerótica e a subsequente oclusão da artéria por um trombo. As outras causas de infarto do miocárdio incluem os vasoespasmos de uma artéria coronária, o suprimento de oxigênio diminuído e aumento da demanda de oxigênio pelo músculo cardíaco.¹²

A apresentação típica do infarto do miocárdio é caracterizada por dor precordial em aperto à esquerda, irradiada para o membro superior esquerdo, de grande intensidade e prolongada (> 20 minutos), que não melhora ou apenas tem alívio parcial com repouso ou nitratos sublinguais. A irradiação para mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros e epigástrico também é possível. Em pacientes diabéticos, idosos ou no período pós-operatório o infarto pode ocorrer na ausência de dor, mas com náuseas, mal-estar, dispneia, taquicardia ou até confusão mental.¹³

Dessa forma, percebe-se a importância de prevenir a progressão da doença coronariana e os fatores prejudiciais à saúde que podem desencadear um IAM. Para tal, os indivíduos precisam se adequar aos estilos de vida

saudáveis que minimizem o aparecimento de fatores de risco associados à doença.

Esses fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os últimos incluem idade avançada, sexo, raça e história familiar de doença aterosclerótica e de cardiopatia coronária.¹⁴ Um fator de risco modificável é aquele sobre o qual uma pessoa pode exercer controle, p.ex., alterar um estilo de vida ou hábito pessoal ou usar um medicamento. Um fator de risco não modificável é uma circunstância sobre a qual uma pessoa não tem controle, p.ex., a hereditariedade. Um fator de risco pode agir de maneira independente ou combinado a outros fatores de risco. Quanto mais fatores de risco uma pessoa possuir, maior será a probabilidade de doença da artéria coronária.¹²

Os fatores modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são as dislipidemias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, diabetes mellitus (DM), sedentarismo, nutrição, estresse e obesidade. Outros fatores que podem também estar associados ao desenvolvimento do IAM são a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, menopausa, uso de contraceptivos orais, hiperuricemia, taxa de fibrinogênio aumentada, e outros, os quais necessitam, porém, de maiores estudos para sua elucidação.⁴

Existem “comportamentos que caracterizam as pessoas que estão propensas a doença cardíaca: competitividade, sensação de urgência temporal ou impaciência, agressividade e hostilidade”.¹² Há circunstâncias socioeconômicas que podem levar o indivíduo a um sentimento de estresse, raiva, depressão e/ou ansiedade. Sabe-se que esses padrões de emoção têm uma dimensão fisiológica preditiva do IAM.¹⁵

A prevenção do IAM relaciona-se com a identificação e controle dos fatores de risco presentes no estilo de vida dos indivíduos. Sua alta incidência em nosso meio está, em parte, relacionada ao fato de encontrarmos em nossa população um estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco, que, comprovadamente, contribuem para o aumento do número de indivíduos acometidos por essa doença.¹⁶

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico. Os sujeitos da pesquisa foram vítimas de IAM submetidas à internação hospitalar, adultos com idade mínima de 18 anos e que apresentavam condições cognitivas para responder as questões do estudo, após aquiescência em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Oliveira AR, Pires CGS.

(Re) defining health care: the account...

A pesquisa foi realizada no ambulatório de um hospital público de referência em cardiologia no Estado da Bahia, dividido em especialidades. Em média, são atendidos cerca de 150 pacientes/dia, sendo estes distribuídos de acordo a especialidade do atendimento de segunda a sexta das 7 às 17 horas.

A equipe médica era composta por vários profissionais e estudantes residentes, cada um com sua especialidade. O médico poderia atender até 32 pacientes por dia, 50% no turno matutino e os demais em turno vespertino.

A equipe de enfermagem era composta por 2 enfermeiras, 3 técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem. Além desses profissionais, a equipe contava com a participação de 2 recepcionistas e um menor aprendiz, que ajudava nas tarefas administrativas. Antes da consulta médica, os indivíduos passavam pelo processo de triagem e, logo depois, aguardavam o atendimento na sala de espera. Nesse momento, aproveitava-se para solicitar a participação dos pesquisados que tinham o diagnóstico confirmado em prontuário médico e, em caso de concordância, eram encaminhados a uma sala privativa, para a realização das entrevistas.

Os dados foram coletados no período de 15 de dezembro de 2010 a 15 de janeiro de 2011, no ambulatório de cardiopatia isquêmica de um hospital público de referência em cardiologia para o Estado da Bahia. Foi elaborado um roteiro para a realização de uma entrevista semiestruturada, no intuito de obter informações referentes à caracterização sociodemográfica dos sujeitos e também questões que envolvem o significado da doença na vida deles. A entrevista foi gravada com o consentimento do entrevistado, a fim de não desestimular o participante pelo cansaço, permitir maior dinamismo, não perder tempo e, principalmente, garantir a fidedignidade das informações e o anonimato.

Os dados das questões fechadas, de caracterização da clientela, foram analisados com base em números absolutos e índices percentuais.

Para análise dos dados das questões abertas foi utilizada uma das técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin; esta é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.^{17:42}

A técnica adotada foi a Análise Temática, buscando-se compreender os significados manifestos e latentes no material coletado. As etapas de análise foram pré-análise, leitura

flutuante, exploração do material, categorização e interpretação dos dados.

Foram seguidos todos os preceitos éticos das pesquisas com seres humanos, bem como os princípios da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça). Logo, foram respeitadas as determinações da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery, sob o Parecer n. 063/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 24 vítimas de infarto, que foram submetidas à internação hospitalar devido ao IAM e que compareceram ao ambulatório de cardiopatia isquêmica de hospital de referência em cardiologia na Bahia, no período de 15 de dezembro de 2010 a 15 de janeiro de 2011. Após serem convidadas a participar da pesquisa, voluntariamente, as pessoas iam sendo encaminhadas para uma das salas do ambulatório e as entrevistas foram realizadas individualmente. Após leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua assinatura em duas vias, disponibilizando uma cópia para as pesquisadoras, que devem guardá-la em local seguro durante cinco anos.

Quanto ao sexo, 54% dos entrevistados eram mulheres e 46% homens. 36% tinham idade entre 60 e 70 anos. Em relação à cor, 71% autodeclararam-se pardos, 21% pretos e 8% brancos. No que diz respeito às condições de trabalho, 48% eram aposentados. É válido ressaltar que 84% moravam em casa própria e 33% sobreviviam com apenas 1 salário-mínimo. Quanto à escolaridade, 52% tinham até o 1º grau incompleto.

Das mulheres entrevistadas, 21% se autodeclararam como sendo da cor preta, 50% parda e 14% branca, sendo que 15% das respondentes se autodeclararam “morenas”, aproximando-se da cor parda. Quanto à escolaridade, 14% das entrevistadas eram analfabetas, 81% possuíam o 1º grau incompleto e 14% tinham 1º grau completo. Dos homens entrevistados, 17% se autodeclararam ser de cor preta e 83% de cor parda. É relevante ressaltar que esses dados foram coletados em um estado que historicamente se destaca pela predominância de pessoas negras em sua população, o que justifica os percentuais encontrados. Quanto ao nível de escolaridade, 50% possuíam 1º grau completo, 42% possuíam 1º grau incompleto e 8% tinham ensino superior.

Ao analisar os dados referentes à ocupação dos entrevistados, verificou-se que a maioria (48%) era aposentada, sendo estes distribuídos da seguinte maneira: 16% do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Dentre as outras

Oliveira AR, Pires CGS.

(Re) defining health care: the account...

ocupações, 24% referem-se às domésticas e os demais 28% se distribuem entre as ocupações de zelador, segurança, pescador, microempresário, costureira, lavrador e marceneiro.

Quanto à análise do nível econômico pela renda familiar, verifica-se que 58% dos entrevistados apresentavam renda inferior a dois salários-mínimos. É válido o estabelecimento da relação entre o número de salários e o número de dependentes, pois há a tendência de quanto menor for a renda familiar, maior será o número de dependentes, o que é percebido na análise dos dados dessa pesquisa. Essa baixa renda pode justificar os relatos de dificuldades para aquisição de medicamentos e alimentos saudáveis, evidenciado através da seguinte fala:

A24: *Os hábitos de vida tão melhores, mas não tenho condições de manter. Porque é uma fruta, é linhaça, é coisa integral, mas não tenho condições, fora os remédios todos que eu tomo, que são muitos, é muito difícil.*

Neste estudo, a idade variou de 43 a 74 anos, com média de idade de 59 anos. Foi verificada uma predominância de 36% da faixa etária que varia de 60 a 69 anos. Com relação ao estado civil, os casados predominaram nessa amostra, com 15 indivíduos (60%), seguidos pelos viúvos, 4 (16%), solteiros, 4 (16%), e os divorciados, 2 (8%).

Tabela 1. Hábitos de vida de pessoas infartadas antes do evento

Hábitos de vida de pessoas infartadas antes do evento	n	%
Como um evento decorrente de uma alimentação inadequada	12	33
Como um evento decorrente do tabagismo	5	14
Como um evento decorrente do alcoolismo	4	11
Como um evento decorrente de estresse físico e/ou emocional	11	31
Como um evento decorrente do sedentarismo ou ausência de exercícios físicos	4	11
Total	36	100

Verifica-se uma dispersão na distribuição das respostas nessa categoria, evidenciando que os indivíduos pesquisados se expressavam de maneira heterogênea, descrevendo uma variedade de hábitos de vida experienciados no cotidiano antes do IAM que são considerados fatores de risco potenciais para o desenvolvimento dessa doença.

As decisões individuais podem afetar a saúde. Assim como hábitos de vida considerados inadequados criam risco para o próprio indivíduo, uma vez que propicia o surgimento de fatores de risco que atuam no desenvolvimento do IAM.¹⁶

Os resultados expressos na Tabela 1 mostram que a alimentação inadequada é o fator de risco mais prevalente entre os indivíduos pesquisados, revelando-se como o principal hábito de vida antes de os indivíduos serem acometidas por infarto. Em seguida, o estresse físico e emocional, tabagismo, alcoolismo e sedentarismo e/ou ausência de exercícios físicos, respectivamente estão relacionados a inúmeros efeitos adversos que podem ocasionar as doenças cardiovasculares e consequentemente um IAM. Além disso, a prática de atividades físicas compõe mecanismos de proteção, prevenção e controle para os demais fatores de risco citados, o que sugere que a ausência desses exercícios possa contribuir para o efeito inverso, favorecendo para o desenvolvimento do IAM.

Nota-se que os entrevistados emitiram maior número de respostas que revelam o predomínio de hábitos alimentares incorretos (33%) e de estresse físico e/ou emocional (31%). Este último dado revela que o esforço físico desencadeado, principalmente, nas tarefas de

trabalho e as preocupações oriundas de situações pessoais variadas podem, de alguma forma, intensificar os mecanismos dos fatores de riscos cardiovasculares e influenciar alterações fisiológicas propícias ao IAM.

Os depoimentos apontavam várias dimensões para o desenvolvimento do evento, como pode ser verificado abaixo:

A16: *Eu com qualquer coisa me aborrecia, reclamava. Eu já ficava me estressando.*

A18: *Me zanguei, meu sangue ferveu e teve problema de trombose que provocou o infarto.*

A2: *Eu fumava muito, o meu problema mais foi o cigarro.*

A10: *Trabalhava muito, perdia noite.*

A5: *A vida sedentária. Bebia, fumava, comia coisas que não era pra comer, muitas noites perdidas.*

A7: *Eu comia muita fritura, muita carne, linguiça calabresa, só vivia nas frituras e gorduras, fui criada com gorduras lá no interior, leite de vaca gordo, dendê, banha de porco, tudo que não presta, bastante aborrecimento, problemas familiares, problemas com outras coisas, muito aborrecimento.*

Os diálogos mostram que a prática de hábitos alimentares inadequados ocorre de maneira consciente, como na expressão sublinhada acima, porém, algo que transcende a compreensão pode também justificar tal atitude, como a agitação da vida moderna, percebida pelo aumento do ritmo de vida diário, que obriga muitas pessoas a fazer suas refeições em restaurantes de *fast-food*, a esquecer dos 15 minutos saudáveis de descanso após almoço, a

Oliveira AR, Pires CGS.

(Re) defining health care: the account...

se submeter ao estresse de horas de engarrafamento no trânsito, enfim, a inclusão tecnológica proporcionou inúmeras facilidades, mas trouxe alguns ônus para a saúde do homem.

Apesar de não exposto na Tabela 1, foi perceptível nas falas dos entrevistados que alguns indivíduos infartados já tinham o diagnóstico de hipertensão arterial e a maior parte das mudanças no pós-infarto foi

decorrente da restrição dos níveis de sódio alimentar.

As observações demonstram que o desenvolvimento da doença é proporcional ao aumento dos níveis de pressão. Ao mesmo tempo, estudos epidemiológicos têm revelado uma associação entre o baixo nível de atividade física e a presença de hipertensão arterial, em conformidade pesquisas indicam que o exercício físico regular reduz os níveis de pressão.⁴

Tabela 2. Hábitos de vida de pessoas infartadas após o evento

Hábitos de vida de pessoas infartadas após o evento	n	%
Nenhuma alteração no estilo de vida	1	2
Mudança dos hábitos alimentares	11	21
Exclusão do alcoolismo e tabagismo	3	6
Agregação de doenças	5	9
Procura pela consulta médica	2	4
Alteração nas atividades de lazer	7	13
Inclusão de terapia medicamentosa	7	13
Restrição ao esforço físico	9	17
Alteração emocional e/ou estresse emocional	6	11
Inclusão de exercícios físicos	2	4
Total	53	100

Os dados da Tabela 2 revelam, principalmente, uma mudança no estilo de vida, evidenciada através de restrições que os entrevistados enfrentaram após o infarto. Dentre os principais hábitos de vida alterados após o evento destacam-se os hábitos alimentares (21%) e as limitações ao esforço físico. Esses dados revelam o grau de impacto do IAM com relação à execução de atividades da vida diária, sugerindo que ocorre uma “ruptura com o cotidiano” dessas pessoas.

A associação dos hábitos de vida com a alimentação foi notória, indicando que a interferência nos prazeres proporcionados pela degustação afeta a estrutura psicológica, com posterior repercussão biológica, revelando, dessa forma, a importância da manutenção de uma conduta alimentar saudável.

A incapacidade de realizar de modo espontâneo as suas obrigações e atividade de lazer, além da restrição ao esforço físico demonstra os limites impostos pelo evento isquêmico. Essas condições revelam a perda do vigor e da potência necessária para determinar a espontaneidade na vida cotidiana, tendo os indivíduos que “adaptar” suas atividades a aquelas estabelecidas dentro das possibilidades permitidas, conforme os seguintes relatos:

A4: *Algumas coisas ficam restritas, restritas em relação à própria saúde, algumas coisas não posso mais fazer, como levantar um peso.*

A5: *Mudou tudo, não posso fazer esforço, não posso praticar esporte, um futebol, nada.*

A19: *Deixei de fazer muitas coisas que eu fazia antes, jogar bola, pegar peso[...]*

A6: *Não posso sair muito, tem que dormir num horário com tempo, porque se eu dormir tarde, eu vou sentir.*

A18: *Eu não tenho recreação, não jogo bola mais.*

Um estudo revelou que a forma súbita com que se concretiza a isquemia miocárdica leva ao desenvolvimento de uma instabilidade emocional, advinda da brusca interrupção de hábitos e padrões comuns à vida deles, acarretando abalos, perturbações e ansiedade, sendo essa alteração ou estresse emocional ressaltado por significativos 11%.¹⁸ As limitações impõem conflitos que interferem nas relações sociais, o que foi evidenciado em alguns diálogos:

A20: *Sempre leva a uma sequela na cabeça, por que saber que você deu um infarto, deu uma parada, que você voltou praticamente de uma morte através de um aparelho, atinge muito a nossa cabeça e o emocional, mas a gente tem que não colocar muito na cabeça, tô tentando absorver ainda e seguir em frente.*

A16: *Agora, já tanto os meus filhos e meu marido faz de tudo pra eu não me aborrecer.*

A2: *Tem dia que eu fico muito nervosa.*

A17: *Mudou que até pra me relacionar com outra pessoa é difícil.*

A7: *Fiquei com depressão depois do infarto, com emocional bem sensível.*

A exacerbação de sintomas típicos no período pré e pós-infarto, como falta de ar, cansaço, dor no desempenho de atividades e, desprovidos de recursos para saná-los, os indivíduos vitimados pelo IAM decidem procurar atendimento médico na tentativa de eliminar os incômodos, como mostram os dados da Tabela 2. A certeza de que

Oliveira AR, Pires CGS.

(Re) defining health care: the account...

os sinais e sintomas provêm de um problema cardíaco com potencial risco de morte, como o tema em estudo, determinou que 6% dos indivíduos pesquisados considerassem a inclusão de terapia medicamentosa uma obrigação de ter que cumprir horários para a ingestão dos remédios, a principal alteração de hábito de vida, como mencionado abaixo:

A1: *Nunca procurava o médico, principalmente do coração, só depois do infarto, porque não sentia nada.*

A13: *Depois do infarto pra cá, muito remédio.*

Percebem-se algumas mudanças de hábitos enraizados após o infarto, como o tabagismo e alcoolismo, pois cerca de 4% dos entrevistados revelaram abandono deles. O impacto é tão forte que há revelação de várias tentativas de parar de fumar e beber, mas apenas o “choque” de viver momentos com medo de morrer desencadeou a abstinência dos fatores referidos:

A19: *Parei de fumar e beber, também não bebo depois do enfarte, parar de fumar foi melhor, porque eu não conseguia largar de jeito nenhum, beber também.*

A13: *Não fumo, não bebo.*

Os diversos relatos de atividades diárias que não favorecem o bom estado de saúde, principalmente os costumes de ingerir comidas ricas em gorduras e elevado teor de sódio, proporcionam o aparecimento e agregação de doenças que persistem no pós-infarto, como representado na Tabela 2.

Os dados da Tabela 2 revelam que apenas 4% dos indivíduos incluíram exercícios físicos em sua jornada diária, considerando que essa atividade deve estar dentro dos padrões da sua capacidade funcional e que requer um acompanhamento médico. Foi perceptível nas entrevistas que há uma busca médica a fim de introduzir exercícios físicos na rotina das pessoas infartadas. De acordo com o exposto, nota-se que o infarto desenvolve impactos que determinam mudanças no estilo de vida de suas vítimas, porém, foi verificado que apenas 1 entrevistado (2%) não estabeleceu nenhuma mudança em seus hábitos de vida, sendo resistente a elas e desconsiderando os riscos envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou aspectos importantes sobre o cuidado com a saúde das vítimas do IAM antes e após o evento. Percebeu-se que a maioria das pessoas não estabeleceu critérios para uma vida saudável no período que antecedeu a doença isquêmica, pelo contrário, notou-se uma euforia em viver intensamente a vida e desfrutar dos mais variados sabores. As preocupações com os hábitos de vida aparecem quando ocorrem alterações biofuncionais características da doença e há necessidade de atendimento

médico. Tal fato tem um impacto no estilo de vida desses indivíduos, exigindo uma reeducação em relação a seus costumes.

Após o infarto, a grande maioria dos entrevistados relatou que teve sua vida ressignificada. Para isso, foi necessário apreender novos hábitos de vida, além de conviver com restrições no cotidiano, tanto no âmbito orgânico e pessoal quanto no sociocultural e coletivo.

Foi possível também, à luz do Interacionismo Simbólico, compreender e interpretar a vida dos sujeitos vitimados por uma doença crônica e suas repercussões no meio social.

O estudo revelou a necessidade de implementação de medidas de promoção à saúde cardiovascular desde a infância, contemplando as pessoas de variados níveis socioeconômicos e ressaltando a importância da adequação da linguagem para que as pessoas possam entender essas medidas. Nesse sentido, a enfermagem exerce um papel preponderante no processo de educação em saúde, com vistas à prevenção das complicações advindas do IAM, das pessoas acometidas pela doença, desde a sua internação até a alta hospitalar, acompanhamento ambulatorial e nos setores primários dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o papel da enfermagem dentro desse contexto abrange aspectos imprescindíveis para o desenvolvimento de estratégias que visem garantir adesão ao tratamento e correção dos fatores de risco da doença.¹⁹

REFERÊNCIAS

1. Goldman L, Ausiello DC. Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
2. World Health Organization. Health situation in the Américas. Basic Indicators. Premature mortality due to cerebrovascular diseases; 2009.
3. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health, final report, Geneva: World Health Organization; 2008. 256 P.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Reabilitação Cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2005; 84(5):431-40.
5. Guimaraes HP, Avezum A, Berwanger O, Piegas L. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio/Epidemiology of acute myocardial infarction. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, SP. 2006 Jan-Mar;16(1):1-7.
6. Brasil [internet]. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Brasília, Datasus 2010 [updated 2011 Apr 20; cited 2011 Apr 20]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>

Oliveira AR, Pires CGS.

(Re) defining health care: the account...

7. Berry JR, Cunha AB. Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio. *Rev Bras Cardiol.* 2010 Mar/Apr; 23(2):101-10.

8. Sampaio ES, Mussi FC. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2010 Oct 22];17(3):[about 5 p.]. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>

9. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2004 Oct [cited 2012 Mar 18];12(5):751-59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500008&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500008>.

10. Dupas G, Oliveira IC, Terêsa NA. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. *Rev Esc Enf USP.* 1997;31(2):219-26.

11. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective method. Berkeley, University of California; 1969.

12. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

13. Pesaro AEP, Serrano JR, Carlos V, Nicolau JC. Infarto Agudo do Miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Rev Assoc Méd Brasil.* 2004 Jan-Apr;50(2):214-20.

14. Cunningham S. The epidemiologic basis of coronary disease prevention. *Nurs Clin North Am.* 1992; 27(1):153-65.

15. Strike P, Steptoe A. Behavioral and Emotional Triggers of Acute Coronary Syndromes: a systematic review and Critique. *Psychosomatic Medicine.* 2005 Mar-Apr; 67(2):179-86.

16. Colombo RCR, Aguillar OM. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. *Ver latino-am enfermagem.* 1997 Apr;5(2):69-82.

17. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

18. Santos FLM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(6):742-48.

19. Nóbrega ESL, Medeiros ALF, Leite MCA. Atuação do enfermeiro no controle da hipertensão arterial em Unidades de saúde da família. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 Jan 18];4(1):45-55. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/02/26
Last received: 2012/04/05
Accepted: 2012/04/06
Publishing: 2012/05/01

Corresponding Address

Adriana Ribeiro Oliveira
Edifício Antonio Lôbo
Rua General Sinésio de Farias, 20, Ap. 301 – Brotas
CEP: 40283-210 – Salvador (BA), Brazil