

O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio¹

What changed in my life? Considerations from people who suffered acute myocardial infarction

¿Qué ha cambiado en mi vida? Consideraciones de personas que han sufrido infarto agudo de miocardio

Cristiane Scherer^I, Eniva Miladi Fernandes Stumm^{II}, Marli Maria Loro^{III}, Rosane Maria Kirchner^{IV}

RESUMO

Ao sofrer um Infarto Agudo do Miocárdio a pessoa, obrigatoriamente, necessita modificar hábitos de vida, com repercussões no cotidiano e na sua qualidade de vida. Buscou-se com esta pesquisa identificar mudanças que ocorreram nos hábitos de vida de pessoas adultas após sofrerem IAM e como lidam com a situação. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com onze pessoas no meio urbano de um município do noroeste do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu em outubro e novembro de 2009, e utilizou-se entrevista aberta. As informações foram analisadas seguindo preceitos da análise de conteúdo. Emergiu uma categoria analítica: re-conhecendo mudanças nos hábitos de vida de indivíduos que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio e o enfrentamento, dividida em três sub-categorias. Os resultados podem ser utilizados por estudantes e profissionais da saúde, desencadear reflexões e ações de promoção à saúde, prevenção de recorrência de IAM e qualificar a assistência de enfermagem.

Descritores: Infarto; Estresse psicológico; Adaptação psicológica; Estilo de vida; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

When suffering an acute myocardial infarction (AMI), people must modify their lifestyle, causing repercussions on daily life and quality of life. This research aimed to identify changes that occurred in the lifestyle of elderly people that suffered AMI and how they dealt with the situation. This descriptive study with a qualitative scope was undertaken, including eleven individuals from the urban environment in a northwestern city of Rio Grande do Sul state. Data collection was from October to November of 2009, using open interviews. Data were analyzed according to the precepts of content analysis. An analytical category emerged: re-knowing changes in lifestyle of individuals who have suffered AMI and coping, divided into three sub-categories. The results can be used by students and health professionals, undertake reflections and attitudes towards health promotion, prevention of recurrence of AMI, and qualify nursing assistance.

Descriptors: Infarction; Stress, Psychological; Adaptation, Psychological; Life Style; Nursing Care.

RESUMEN

Cuando sufre un infarto agudo de miocardio(IAM), la persona debe, obligatoriamente, modificar el estilo de vida, con repercusiones en la vida diaria y en su calidad de vida. El objetivo de esta investigación fue "identificar los cambios ocurridos en el estilo de vida de las personas de edad después de sufrir IAM y cómo lidiar con la situación". Es cualitativo, descriptivo, incluyendo a once personas en el entorno urbano de una ciudad en el noroeste de Rio Grande do Sul. La recopilación de datos tuvo lugar en octubre y noviembre de 2009, a través de entrevistas abiertas. Los datos fueron analizados de acuerdo a los preceptos de análisis de contenido, que salen de una categoría de análisis: re-conocer los cambios en el estilo de vida de las personas que han sufrido infarto agudo de miocardio y la confrontación, dividida en tres sub-categorías. Los resultados pueden ser usados por estudiantes y profesionales de la salud, desarrollar pensamientos y acciones de la promoción de la salud, la prevención de la reaparición del AMI, calificando el cuidado de enfermería.

Descriptores: Infarto; Estrés psicológico; Adaptación psicológica; Estilo de vida; Atención de enfermería.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem apresentado à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

^I Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, UNIJUI. Unijui, RS, Brasil. E-mail: cris_scherer@hotmail.com.

^{II} Enfermeira, Mestre em Administração, Professor Assistente, UNIJUI. Unijui, RS, Brasil. E-mail: eniva@unijui.edu.br.

^{III} Enfermeira, Mestre em Educação nas Ciências, Professor Assistente, UNIJUI. Unijui, RS, Brasil. E-mail: marli@unijui.edu.br.

^{IV} Matemática, Doutora em Engenharia Elétrica, Professor Adjunto, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: rosanekirchner@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Coronariana (DAC) e suas complicações estão associadas a vários fatores de risco, que se classificam em alteráveis: hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo, diabetes, obesidade, vida sedentária, uso de anticoncepcionais hormonais, estresse emocional, entre outros, e fatores que não podem ser alterados: idade, sexo, raça, antecedentes familiares da doença coronariana⁽¹⁾.

Os fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares são história familiar de doença arterial coronariana prematura, idade superior a 45 anos para homens e 55 anos para mulheres, tabagismo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais e estresse psicossocial⁽²⁾. Quanto às taxas de mortalidade, elas tendem a aumentar, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação, atividade física e tabagismo⁽³⁾.

Pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC) precoce apresentam preponderância de lesões univasculares e múltiplos fatores de risco os quais podem ser diferentes nos pacientes mais jovens⁽³⁾. Evidências anatomopatológicas mostram que a formação de placa aterosclerótica inicia-se na infância, progride até a vida adulta e, na adolescência, muitos hábitos inadequados relacionados à alimentação, prática de atividade física, consumo de cigarro e bebidas alcoólicas, dentre outros, propiciam o aparecimento ou agravam fatores biológicos de risco cardiovascular, passíveis de reversão⁽⁴⁾.

Doenças cardiovasculares se constituem em ameaças graves à saúde nos Estados Unidos, sendo que dois terços dos óbitos por essas estão relacionados à aterosclerose⁽⁵⁾. O mesmo estudo mostra que o risco de se desenvolver cardiopatias antes dos 60 anos de idade para os homens é de um em cada três e para as mulheres diminui, passa de uma a cada dez⁽⁵⁾. Discute ainda que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a principal causa de morte dos americanos⁽⁵⁾. No Rio Grande do Sul, a taxa de mortalidade por doenças circulatórias é de 35,4% e corresponde à principal causa de morte⁽⁶⁾. No ano de 2003 ocorreram 55 mil internações com diagnóstico de IAM e quase 140 mil

internações relacionadas a outras doenças isquêmicas do coração⁽⁷⁾.

O IAM é um processo em que áreas de células miocárdicas são destruídas e, geralmente, é causado pelo fluxo sanguíneo reduzido em uma artéria coronária, por um ateroma (aterosclerose) ou oclusão de uma coronária por êmbolo ou trombo (coágulo sanguíneo)⁽⁵⁾. Ele provoca necrose devida à isquemia do músculo cardíaco, decorrente da diminuição do fluxo sanguíneo coronariano de uma parte do miocárdio.

Características sociodemográficas, renda familiar e escolaridade têm sido relacionadas ao desenvolvimento de doença cardiovascular e, os fatores de risco tendem a ocorrer com maior frequência e número em populações com menor poder econômico e cultural⁽⁸⁾.

Ao sofrer um IAM, a pessoa, obrigatoriamente, necessita modificar hábitos de vida, provocando mudanças no seu cotidiano, realizando práticas que talvez antes não realizasse. Todas essas ações repercutem em sua vida e geram mudanças abruptas. Inerente a esse contexto, recidivas decorrem da não adesão ao tratamento proposto, incluem alterações nos hábitos alimentares, eliminação do tabagismo, prática regular de exercícios, manutenção do tratamento medicamentoso, mudanças essas que alteram o estilo de vida dessas pessoas⁽⁵⁾. Nesse contexto os profissionais da saúde podem contribuir com inúmeras ações no sentido de uma melhor adesão dos indivíduos ao tratamento e uma melhor qualidade de vida e de saúde, daí a relevância dessa pesquisa.

Com base no exposto, o objetivo da pesquisa foi identificar mudanças que ocorreram nos hábitos de vida de pessoas adultas após sofrerem Infarto Agudo do Miocárdio e como lidam com a situação.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A pesquisa caracteriza-se como descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no município de Ijuí/RS, mais especificamente, nas Unidades de Saúde que possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que assistem a população do meio urbano, perfazendo um total de oito unidades.

Para integrar a pesquisa foram elencados alguns critérios de inclusão: a pessoa residir na área urbana do referido município; aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa; ter sofrido IAM, com idade > 18 anos e < 45 anos para homens e > 18 anos e < 55 anos para mulheres e não apresentar déficit cognitivo. Os de

exclusão foram: a pessoa não residir na área urbana; não aceitar participar da pesquisa; apresentar déficit cognitivo e ter sofrido IAM com idade fora das faixas etárias estabelecidas nos critérios de inclusão.

Quanto à delimitação da faixa etária dos sujeitos, a ocorrência de IAM em pessoas com idade inferior a 45 anos, é frequente no Brasil, apesar de a maioria dos indivíduos que sofre doenças cardiovasculares ser idoso⁽³⁾.

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2009. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram roteiro com dados de identificação, sócio demográficos e entrevista aberta, com a seguinte questão norteadora: *Fale-me, ocorreram mudanças em seu cotidiano após sofrer Infarto Agudo do Miocárdio? Se positivo, como o(a) senhor(a) lida com essa situação?*

Inicialmente o projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos, concomitantemente, solicitado autorização ao Secretário da Saúde do município. Após, o mesmo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e aprovado mediante Parecer Consubstanciado Nº 229/2009.

Todos os contatados aceitaram integrarem-se à pesquisa e, após informados quanto ao objetivo da pesquisa, lhes foi fornecido Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, assinado em duas vias, uma permaneceu em poder dos sujeitos da pesquisa e outra das pesquisadoras. Para manter o anonimato dos pesquisados, optou-se por identificá-los de E1, E2, E3 e, assim, sucessivamente.

Primeiramente, os sujeitos do estudo foram localizados pela pesquisadora nas respectivas unidades de saúde da área urbana do município de Ijuí/RS. Posteriormente, foi realizado contato pessoal e, após aceitarem participar, as entrevistas foram agendadas, respeitadas as preferências de cada um. Seis entrevistas foram realizadas nos domicílios dos sujeitos, quatro nos locais de trabalho e uma na própria unidade. A duração das mesmas foi, em média, 30 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio-tape, transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas. A coleta de dados foi concluída a partir do momento em que as informações começaram a se repetir (método de exaustão)⁽⁹⁾. Para a análise do conteúdo das entrevistas utilizou-se a ordenação, classificação e análise final dos mesmos⁽⁹⁾.

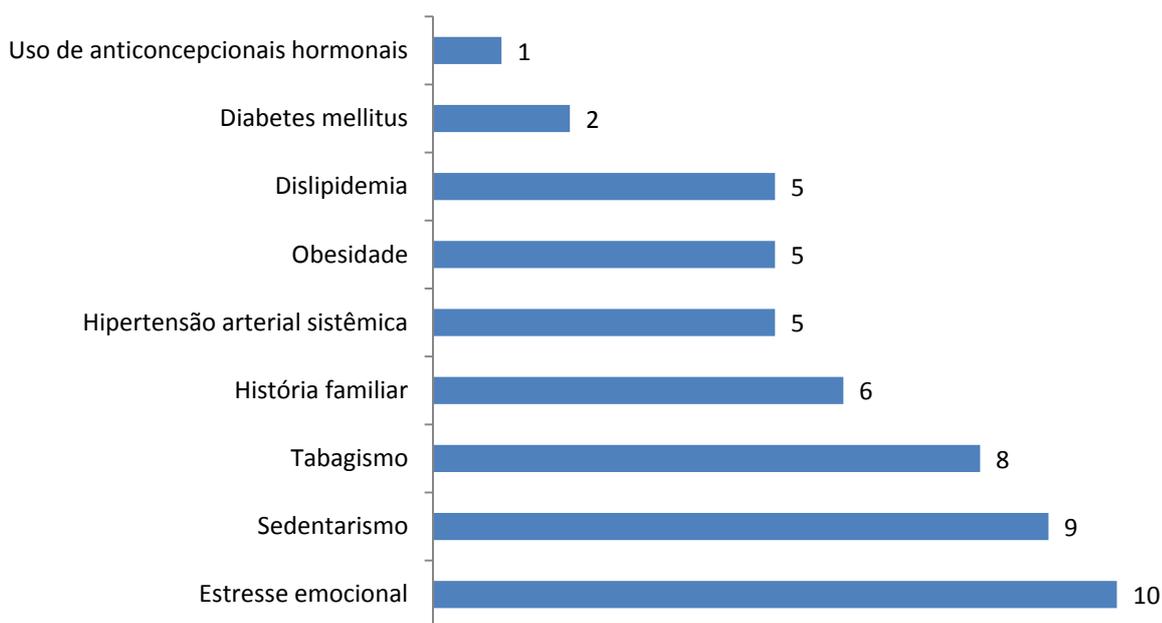
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Inicialmente, por se tratar de uma pesquisa descritiva, faz-se importante uma breve caracterização dos indivíduos pesquisados, cujo perfil encontra-se ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos pesquisados. Unidades de Saúde de Ijuí, RS, 2009.

Entrev.	Profissão	Idade	Gênero	Estado civil	Raça	Filhos	Grau escolaridade	Há quanto tempo sofreu IAM
E1	Técnico Agrícola	58	masculino	casado	branca	sim	Especialização	26 anos
E2	Médico	50	masculino	casado	branca	sim	Especialização	13 anos
E3	Marmoreiro	53	masculino	casado	branca	sim	Fundamental	23 anos
E4	Motorista	39	masculino	casado	branca	sim	Fundamental	4 meses
E5	Segurança	45	masculino	casado	branca	sim	Fundamental	10 meses
E6	Doméstica	56	feminino	divorciada	branca	sim	Fundamental	2 anos
E7	Aposentada	43	feminino	casado	branca	sim	Fundamental	7 anos
E8	Professora	50	feminino	casado	branca	sim	Especialização	1 ano e 3 meses
E9	Pedreiro	37	masculino	casado	branca	sim	Médio	4 meses
E10	Comerciante	39	masculino	casado	branca	sim	Fundamental	1 ano
E11	Aposentada	62	feminino	viúva	amarela	não	Fundamental	10 anos

No que diz respeito aos fatores de risco auto referidos pelos sujeitos que integraram a pesquisa, observa-se que a maioria deles refere vivenciar o estresse, sedentarismo e tabagismo, dentre outros fatores, caracterizados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Fatores de risco referidos pelos entrevistados. Unidades de Saúde de Ijuí-RS, 2009.

Pesquisa⁽¹⁰⁾ identificou fatores de risco e os associou ao IAM, na região metropolitana de São Paulo. Resultados mostram que estado civil, aposentadoria, história familiar de insuficiência coronariana, antecedentes de HAS e DM, tabagismo, atividade física, LDL-colesterol, HDL-colesterol, glicose, IMC apresentaram associação positiva com o IAM.

Os aspectos ilustrados no Gráfico 1 são aprofundados e discutidos na análise dos dados qualitativos onde se buscou apreender a essência do conteúdo imerso nos depoimentos dos 11 indivíduos que integraram a pesquisa. Dessa análise emergiu uma categoria analítica, nominada *Re-conhecendo mudanças nos hábitos de vida de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio e o enfrentamento*, dividida em três subcategorias: o *cessamento do uso de fumo e álcool*; a *dificuldade de iniciar uma atividade física, de dar continuidade e os benefícios da mesma*; *enfrentamento das mudanças implica em novas posturas*.

Categoria analítica: re-conhecendo mudanças nos hábitos de vida de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio e o enfrentamento

A ocorrência de um IAM se constitui em um agravo à saúde, que requer mudanças nos diferentes âmbitos da vida do indivíduo, com repercussões no cotidiano que visem uma melhor condição de saúde e com repercussões positivas na sua qualidade de vida.

Alterar hábitos de vida constitui-se em um processo difícil, no entanto, a partir do momento em que a pessoa

efetiva mudanças necessárias, passa a perceber os resultados positivos aliados a uma vida mais saudável. Considera-se que muitos dos óbitos que ocorrem por doenças cardiovasculares poderiam ser evitados se houvesse controle eficaz dos fatores de risco.

Subcategoria 1 – O cessamento do uso de fumo e álcool

O hábito de fumar é prejudicial à saúde e, em se tratando de pessoas que sofreram IAM, o dano pode ser maior. É um problema de saúde pública e está entre as principais causas de morte passível de ser evitada⁽¹¹⁻¹³⁾. No depoimento de E1, evidencia-se que logo após sofrer o infarto, deixou de fumar, no entanto com o passar do tempo, voltou e, o mesmo ocorreu em relação ao álcool.

No início parei de fumar um tempo, mas meses depois fui relaxando, segui uma vida normal, fumando, bebendo, bebendo socialmente, em janta, almoço [...] Tentei diminuir o cigarro, mas depois segui fumando e tomando, praticamente normal [...]. E1

Nesse contexto, importante destacar que um mecanismo de defesa esperado após uma situação que pode por em risco a vida, faz com que, de imediato, a pessoa tome a decisão de implementar mudanças no estilo de vida com vistas à estabilização da sua condição, porém encontra dificuldade em mantê-lo. Assim, autores pontuam que em torno de 70% das pessoas que fumam desejam parar de fumar, porém poucas conseguem.

Referem ainda, que a maioria tenta de cinco a sete vezes antes de parar completamente e enfatizam a complexidade da dependência à nicotina⁽¹⁴⁾.

Tem-se conhecimento da dificuldade dos tabagistas em cessar o uso do fumo, evidenciada nos depoimentos de E2 e E5 quanto afirmam que apenas reduziram. Já, E9, conseguiu parar de fumar, mas destaca a dificuldade e a necessidade de auxílio médico. Nesse sentido, medicamentos se constituem em recurso adicional ao tratamento do fumo, principalmente quando a pessoa não responde a abordagem comportamental, ou seja, quando o grau de dependência à nicotina é alto. Os fármacos com evidências de eficácia são classificados em nicotínicos e não-nicotínicos, a bupropiona e a vareniclina como de 1ª linha e a nortriptilina e a clonidina como medicamentos de 2ª linha no tratamento⁽¹³⁾.

Não parei de fumar, só diminui. E2

Diminui um pouco, não foi muito, mas diminui. Eu fumava duas carteiros por dia. E5

Fumava há uns 13, 15 anos, mais ou menos. Fumava uma carteira e meia de cigarro por dia, fumava de noite, de manhã, a primeira coisa da manhã era o cigarro, de noite até antes de dormir [...] Só que agora não posso. Foi difícil, difícil, tive que tomar remédio para ajudar a diminuir a vontade de fumar e a ansiedade. Graças a Deus, eu consegui. Tenho que pensar na saúde. E9

A fala de E9 enfatiza que tem conhecimento dos danos à sua saúde causados pelo fumo, porém, reconhece o quanto foi difícil o processo de cessar o uso do mesmo. Considera-se importante que tanto a família quanto a equipe de saúde dêem suporte por meio da escuta terapêutica e de grupos de ajuda. No que tange a atuação dos profissionais da saúde junto a este contingente populacional, há necessidade de discussões referentes às dificuldades de parar de fumar, bem como estratégias para enfrentá-las⁽¹⁵⁾. Destaca-se a relevância de uma abordagem clara, sem censura, buscar conhecer os motivos das recaídas e ajudá-los a parar novamente.

Na análise dos depoimentos dos sujeitos que integraram essa pesquisa, quanto às mudanças que ocorreram após o IAM, evidencia-se que eles têm conhecimento da necessidade de parar tanto de fumar quanto de beber, porém relatam dificuldade em assumir o cessamento de ambos e admitem recaídas. E3 e E4 deixam claro isso:

Eu mudei um pouco, não foi muito, mas me cuidei mais no tomar cerveja, fumar, não fumei mais [...]. E3

Bom, mudança [...] 100% de mudança. Antes eu era fumante, bebia e parei. Parei de fumar, mas quando bate aquela vontade, às vezes, depois de duas semanas sem fumar, eu vou lá e fumo um e não fumo mais, assim depois que me deu o infarto eu devo ter fumado uns três cigarros, mais não. E4

É importante que os fumantes sejam orientados pelos profissionais da saúde acerca dos fatores que contribuem para recaídas, tratá-los de forma afetuosa, não criticá-los e os estimular para continuar tentando.

A motivação de cada pessoa para interromper o uso do fumo é o fator mais importante na cessação do tabagismo e inter-relacionada a uma série de variáveis, que inclui as hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais⁽⁷⁾. Assim, considera-se importante que o profissional da saúde e, mais especificamente, o enfermeiro, encoraje e estimule o fumante, seus familiares, amigos e colegas de trabalho. Também, lembrar que características individuais, tais como personalidade, grau de dependência da nicotina, doenças psiquiátricas, dentre outras, interferem no cessamento do hábito de fumar.

Subcategoria 2 – A dificuldade de iniciar uma atividade física, de dar continuidade e os benefícios da mesma.

Os benefícios de uma atividade física são inúmeros e contribuem tanto para a promoção da saúde, quanto para a recuperação da mesma. A prática de uma atividade física, diária, é importante para se ter uma vida saudável e/ou evitar complicações de doenças. Nesse sentido, pesquisa buscou conhecer aspectos que influenciam na motivação de pessoas com DAC para a participação em um Programa de Práticas Corporais Lúdicas⁽¹⁶⁾. Os resultados auxiliaram a compreender que abordagens diferentes favorecem a participação e continuidade na realização de atividades físicas.

Nas falas de E1 e E2 destaca-se a importância da prática de atividade física aliada a dificuldade de dar continuidade à mesma. E1 reconhece que é essencial para eliminar o excesso de peso e E2 que é fundamental atividade física regular, não necessariamente, ter uma vida de atleta.

Para baixar peso, todo dia, à tardinha, chegava do serviço e caminhava meia hora mais ou menos, quarenta e cinco minutos, nessa faixa, depois parei. E1

Fui fazer atividade física, você faz um período e para [...] O problema é que você como profissional da saúde, te exige, então busca fazer, para e, após retoma. Não é aquela coisa, que você entra em uma vida de atleta, não é nem essa a finalidade, mas que tens que ter uma atividade regular. E2

Após sofrer infarto o indivíduo passa pelo processo de reabilitação cardíaca e passa a dar início à prática de atividade física. E4, em seu depoimento, reconhece a importância de realizar atividade física, no entanto aguarda a liberação do médico assistente.

Não comecei exercício físico ainda, mas já devia ter começado, mas vou começar. Porque no meu infarto houve ruptura do músculo, então o médico pediu para ficar uns 90 dias bem calminho, sem forçar. Depois dos 90 dias ele vai me liberar para começar exercício físico e caminhar. E4

O início de atividade física está relacionado a condições clínicas do paciente. Mas, estudos apontam que pacientes após infarto do miocárdio que se exercitam três vezes por semana, até um nível de 70% a 85% de suas frequências cardíacas podem aumentar em 30% a 50% suas capacidades físicas, medidas por teste ergométrico em esteira, e o pico máximo de oxigênio consumido em 15% a 20%. Isso sugere um aumento da oxigenação miocárdica⁽¹⁷⁾.

No entanto, no período de reabilitação após o infarto é importante que a pessoa realize atividade física de forma moderada, a qual pode contribuir também, no controle do tabagismo, da hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes mellitus, obesidade e tensão emocional. E6 e E7 admitem que não praticam atividade física e justificam. E6 diz não ter tempo e E7 devido à dispnéia. Nesse sentido, a limitação da prática de atividade física provém da presença de sintomas. As pessoas que sofreram IAM referem cansaço e dispnéia, comparado as não portadoras de cardiopatia e, além disso, apresentam atrofia e falta de condicionamento da musculatura respiratória.

Não. Não consigo. Tenho muita falta de ar para caminhar. E7

A prática de atividade física proporciona bem estar e saúde. Sequencialmente, tal fato é evidenciado no depoimento de E8.

Estou fazendo academia três vezes por semana, com trabalho aeróbico e fortalecimento [...] Tenho que me cuidar, não são todas as atividades que eu posso fazer, mas as que eu posso, eu faço [...] O exercício físico me causa bem estar, me sinto outra pessoa. Tenho vontade de me arrumar, de me vestir, de me maquiar, coisas que antes eu não sentia. Tinha desistido de mim, de querer me sentir melhor. Acho que eu ainda preciso emagrecer mais, para garantir uma vida saudável, porque decidi desta forma e isso fez toda diferença no meu tratamento e recuperação. E8

O conteúdo imerso no fragmento da fala de E8 vai ao encontro dos resultados de outras pesquisas⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ que apontam os benefícios de uma atividade física para a saúde e bem estar das pessoas.

Pesquisa⁽¹⁸⁾ que buscou comparar a percepção referente à qualidade de vida de idosos praticantes e não-praticantes de exercícios físicos mostrou que os primeiros apresentaram melhores resultados quanto ao nível de atividade física quanto na prevalência de problemas de saúde e na qualidade de vida.

Observa-se no depoimento de E10 que antes de sofrer IAM, praticava atividade física, mas que após a ocorrência do evento, realiza caminhadas regularmente.

Praticava, mas não como eu estou fazendo hoje. Agora é uma hora de caminhada por dia, tem que fazer. E10

São inegáveis os benefícios de uma atividade física, especialmente em se tratando de pessoas que sofreram IAM. Exercícios promovem mudanças nos aspectos fisiológicos de pessoas com doença arterial coronariana, mas é importante que elas escolham uma atividade física que lhes proporcione prazer, assim se tornará mais fácil sua manutenção⁽¹⁵⁾.

A análise das falas dos integrantes dessa pesquisa mostra as dificuldades enfrentadas por eles, não no sentido de iniciar uma atividade física, mas, principalmente, de dar continuidade à mesma. Eles reconhecem o papel importante de uma atividade física na proteção à saúde, bem como na prevenção de danos após o IAM, porém não realizam com periodicidade,

justificam pela falta de tempo e sintomas físicos, como dispnéia, dentre outros.

Nesse sentido, faz-se mister que profissionais da saúde, em especial de Enfermagem, atuem junto a esses indivíduos, por meio de atividades grupais. Estas podem ser utilizadas como estratégias com vistas à conscientização da necessidade de uma atividade física regular e periódica, na perspectiva de melhorar suas condições de saúde, bem como a performance cardíaca e, principalmente, prevenir a reincidência de IAM, muitas vezes, com danos irreversíveis. Nesse sentido, viver saudável consiste em um processo único, subjetivo e complexo, cuja construção ocorre a partir dos significados que cada pessoa ou grupo social atribui ao seu processo saúde e doença⁽¹⁹⁾.

Subcategoria 3 – Enfrentamento das mudanças implica em novas posturas

O fato de vivenciar uma doença, como por exemplo, o IAM, requer do indivíduo mudanças significativas em sua vida, que incluem hábitos diários, alimentação, novas posturas e olhares diante da vida. Nesse sentido, ele pode fazer uso de estratégias de enfrentamento, nominadas de *coping* para lidar com a nova situação, em especial, diante de estressores vivenciados.

Coping é "um processo através do qual o indivíduo controla as demandas da relação com o meio para satisfazer as demandas sociais, manter o estado físico, psicológico e social estáveis e controlar os estressores potenciais antes deles se tornarem uma ameaça"⁽¹⁵⁾. Também pode se caracterizar como a maneira pela qual a pessoa lida com as situações nos diferentes âmbitos de sua vida e que geram mudanças.

O *coping* pode ser classificado em focalizado no problema e na emoção. O primeiro se refere ao manejo ou mudança na situação desencadeadora de estresse, visa controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Estas são estratégias de aproximação relacionadas ao agente estressor, em busca de resolver o problema. Já, o segundo é focalizado na emoção e busca controlar a resposta emocional da pessoa desencadeada pelo problema que ela está vivenciando e que pode ter atitudes de afastamento ou paliativas, tais como negação ou esquiva⁽¹⁵⁾.

Na fala de E8, apresentada na sequência, ela reconhece que a sobrecarga de trabalho a que estava submetida, aliada a problemas pessoais, familiares e de saúde, contribuíram para a ocorrência do IAM. Após o

infarto, ela se conscientizou da necessidade de realizar mudanças em sua vida.

Com o excesso de trabalho, preocupações, família, quando eu vi estava infartando [...] a partir desse momento, hipertensa, obesa, sedentária, fatores que me levaram ao infarto e então, pensei: o que estou fazendo com a minha vida? Preciso mudar isso, tenho que querer, não adianta o médico falar, nem dizer para mim que preciso emagrecer. Ai eu tomei uma decisão de querer viver mais e, para tanto, precisava mudar meus hábitos. E8

Nesse sentido, destaca-se a importância de a pessoa ter conhecimento dos fatores de risco modificáveis, de forma a instrumentalizá-la para atuar preventivamente e, nesse momento, a atuação do profissional de saúde e, em especial do enfermeiro, é fundamental.

Outras situações indutoras de alterações fisiológicas no organismo são os eventos estressores vivenciados no trabalho, relações familiares e situações inesperadas. Nesse sentido, pesquisa indica que o ambiente social pode afetar a saúde, da mesma forma que situações estressantes relacionadas ao ambiente de trabalho, demanda familiar e situações inesperadas que produzem alterações fisiológicas no organismo⁽⁷⁾.

Nos fragmentos dos depoimentos de E7, E8 e E11, evidencia-se o quanto foi difícil à adaptação à nova vida, após o IAM. Vivenciaram a depressão em grau máximo, inclusive uma delas, E7, desejou morrer. E8 afirma que o evento a levou repensar sua vida, juntamente com o estabelecimento de objetivos. Já, E7 valoriza o apoio social de amigos, familiares e dos profissionais de psicologia. E2 igualmente necessitou de psicoterapia para lidar com a situação.

No começo foi desgastante. A primeira coisa que eu pensei que queria morrer, no hospital. Daí não comi mais, só chorava, queria morrer. Tive ajuda psicológica, apoio, psicólogas, amigas vieram me dar uma força. Eu comecei a lutar de novo e me tratar. E7

Entre em depressão, deixei de trabalhar, tive que abandonar o meu trabalho. Muitas vezes deixei minha família, fiquei hospitalizada [...] então, isso tudo fez com que eu redimensionasse a minha vida e, colocando propósitos, estabeleci objetivos. E8

Depois disso me deu depressão. Nem sabia o que era, fui ao médico para tratar a depressão também. Eles falam

que a gente tem que se ajudar nessa parte, de depressão. E11

Dentre as reações emocionais após um IAM as mais incidentes são ansiedade, depressão, preocupação excessiva com a condição de saúde e muitas vezes pessimismo em relação ao futuro⁽⁷⁾. E2 revela isso em sua fala.

O ritmo diminuiu bastante, principalmente a maneira de como tu encara as preocupações do dia a dia. Tu tens que aprender que tens limites e que deve respeitá-los. Em função do ritmo muito acelerado, até psicoterapia tive que fazer. E2

Muitas pessoas após sofrerem IAM têm a consciência de que é necessária a mudança de hábitos e a criação de nova postura perante a vida. No depoimento de E5, ele refere mudança de postura no seu trabalho, que se tornou mais amigável com as pessoas, minimizando o estresse vivenciado. Já, no depoimento de E7, observa-se uma nova postura, que inclui o cuidado de si, a valorização, o tempo adequado para alimentação, dentre outros.

Então a gente procura não se estressar. Mudei a forma de trabalhar com o pessoal. Primeiro qualquer coisinha me estressava. Fui puxando mais amizade, está dando certo. Então não tem como não se incomodar, mas até que não me incomodo muito. Agora, esses dias atrás deu um probleminha, mas isso são coisas da vida. E5
Assim, hoje eu já consigo me controlar [...] no sentido de pensar em mim um pouco, porque antes eu não pensava, não parava [...] eu não existia, agora tenho a minha vida. Sentar, almoçar rápido, sempre, não tinha tempo... esquecia de almoçar, então mudou tudo aquilo ali. Hoje pode o mundo estar caindo, mas eu sento para comer. Então foi uma mudança radical [...] Me dou mais valor, procuro me cuidar mais, claro que nem sempre dá. Mudou bastante. E7

O processo de adoecimento, por vezes, faz com que o indivíduo re-signifique seu modo de viver com a doença cardiovascular, com vistas a promover a descoberta do corpo, de suas potencialidades e revelam uma singular relação com o corpo e o mundo⁽¹⁵⁾. Nesse contexto, quando se trata de pessoas que sofreram IAM é essencial a mudança dos hábitos alimentares para

obter uma melhor qualidade de vida. Ter uma alimentação saudável ajuda na prevenção e recuperação de doenças. Certos estilos de vida, tais como dieta rica em gordura saturada e calórica, pouca atividade física e tabagismo, desempenham mudanças adversas nas características bioquímicas e fisiológicas do organismo, que contribuem para a aterosclerose e complicações trombóticas associadas. Existe também suscetibilidade genética individual que pode interferir nessas características.

No depoimento de E2 observa-se a conscientização de eliminar alimentos gordurosos do cardápio e diminuir o consumo de doces. As dislipidemias ou alterações nas taxas lipídicas do sangue vêm sendo apontadas como o fator primário para o desenvolvimento de aterosclerose e, conseqüentemente, das doenças coronarianas⁽¹²⁾.

Mudou, nada de churrasco, comida gordurosa [...] com o passar do tempo tu já não tolera mais as mesmas coisas, tem que ser menos, não é que tu vai comer mais vegetais, não, mas tu vai te cuidar em relação a não exagerar, seja em doces, gorduras animais que é o que aumenta o colesterol. Refrigerante é um problema que tem que cuidar porque aumenta muito os triglicerídeos. E2

Na perspectiva de E3, E6, E7 e E8 as orientações sobre a adoção de novos hábitos alimentares, os deixaram cientes do que devem e não ingerir.

Eu mudei a alimentação [...] me cuidei para não tomar cerveja, fumar, não fumei mais. E3

Não posso comer carne de gado, carne gorda também não, mas posso comer carne de peixe e carne branca. Café e refrigerante, não é para tomar, nada disso é para fazer. E6

Bom, mudança foi na alimentação, mais leve, menos sal, mais fruta, verdura, menos carne vermelha. E7

Na alimentação cortei gorduras, massas, o pão que eu como hoje não tem aspecto bonito, mas me dá sustento e não vai me deixar engordar. Eu mudei radicalmente a forma com que eu me alimento. Tu quer viver mais então o que precisa fazer é mudar seus hábitos alimentares. Parar de comer batata frita, maionese, ketchup, mostarda, essas coisas [...] Então eu comecei a pensar em calorias, coisa que nunca tinha pensado em toda minha vida. E8

Há fatores de risco que podem ser modificados, tais como alimentação, ingestão de álcool, atividade física e obesidade⁽⁷⁾. E4 salienta o quanto gostava de comer churrasco, entretanto, após a ocorrência do IAM, mudou seus hábitos e percebeu resultados positivos.

Gostava muito de churrasco no final de semana, depois do infarto cortei tudo, dei um giro de 360°. Dei uma mudada boa na minha vida. Já estou emagrecendo, tenho que emagrecer mais. Então a mudança foi grande [...] passei comer fruta, verdura, comida quase sem sal, frango, peixe [...] tudo que me receitaram eu como. Estou tentando fazer o máximo, só que a família é grande, então comer saudável é caro, dentro das possibilidades... E4

Ao analisar os depoimentos dos sujeitos que sofreram IAM e ao associá-los a posicionamentos de pesquisadores sobre o tema⁽⁷⁾, evidencia-se que o indivíduo vitimado por um IAM têm conhecimento da necessidade de mudar hábitos após a ocorrência de IAM, porém nem sempre consegue e, nesse sentido, destaca-se a importância da inserção de profissionais de saúde por meio de ações educativas que visem uma construção coletiva como potente elemento de reorientação dos serviços de saúde e capaz de promover mudanças a partir do lugar que cada profissional e pessoa ocupa no mundo⁽²⁰⁾.

No que tange ao estresse no ambiente de trabalho, igualmente eles reconhecem os danos que o mesmo pode causar. Nesse sentido, utilizam estratégias de enfrentamento que incluem apoio familiar e de amigos. Alguns deles, inclusive, vivenciaram a depressão e necessitaram de ajuda profissional.

REFERÊNCIAS

1. Van Eyken EBB, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):111-23.
2. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
3. Silva BS, Cavalcante JN, Ázara F, Wagner SFN, Leonides A, Silveira JM. Fatores de risco cardiovascular na infância e adolescência e suas correlações na fase adulta. *Cereus* [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30];4(4). Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/48/61>.
4. Nobre MRC, Domingues RZL, Silva AR, Colugnati FAB, Taddei JAAC. Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):118-24.
5. Joshi R, Jan S, Wu Y, MacMahon S. Global inequalities in access to cardiovascular health care: our greatest challenge. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(23):1817-25.

Assim, cabe aos profissionais da saúde um planejamento que contemple as reais necessidades deles, a partir de diálogo aberto, franco, que favoreça uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no cuidado, o profissional e o paciente pós IAM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir esse estudo oportunizou a aproximação das autoras com os sujeitos que sofreram IAM, ainda jovens e conhecer as dificuldades que enfrentam no cotidiano, as mudanças nos hábitos de vida, bem como as estratégias de enfrentamento que utilizam para lidar com a situação. Considera-se que esse conhecimento obtido com a pesquisa é importante no sentido de oportunizar a qualificação da práxis do enfermeiro que atua tanto no âmbito hospitalar quanto na rede básica de saúde.

Em relação aos fatores de risco presentes nos indivíduos pesquisados, e que podem ser modificados, como é o caso do fumo e do álcool, por exemplo, cabe ao profissional da saúde e, mais especificamente, ao enfermeiro, estimulá-los a cessarem o uso das respectivas substâncias, cientes de que existem interferências de características individuais e que necessitam ser respeitadas e compreendidas.

A relevância desta pesquisa consiste em ampliar conhecimentos para que profissionais da saúde possam proporcionar um melhor cuidado a esta população. Considera-se que esses resultados podem ser utilizados por pesquisadores e profissionais da saúde, no sentido de desencadear reflexões e ações de promoção à saúde, prevenção de recorrência de IAM e, desta forma, qualificar a assistência de enfermagem.

6. Martins HS. Síndromes Coronarianas Agudas sem Elevação do Segmento ST. In: Martins HS, Neto RAB, Neto AS, Velasco IT. *Emergências clínicas*. Abordagem prática. 3rd ed. São Paulo: Editora Manole; 2007. p. 613-35.
7. Polanczyk CA. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: Os próximos 50 anos. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(3):199-201.
8. Vilela JC. Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos [thesis]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; 2008. 140 p.
9. Minayo MCS, Gomes FD. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2007.
10. Avezum A, Piegas LS, Pereira JC. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(1):206-13.
11. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.

12. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2007 [cited 2011 jun 30];33(5):592-601. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n5/v33n5a16.pdf>.
13. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para a cessação do tabagismo – 2008. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2008 [cited 2011 jun 30];34(10):845-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n10/v34n10a14.pdf>.
14. Echer IC, Menna Barreto SS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaucha Enferm*. 2007;28(3):350-8.
15. Lorencetti A, Simonetti JP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(6):944-50.
16. Bonetti A, Silva DGV, Moya JLM. Motivação nas atividades de reabilitação cardiovascular: uma pesquisa convergente-assistencial. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2011 jun 30];12(2):245-51. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a03.htm>.
17. Meneghelo RS, Fuchs ARNC, Hossri CAC, Mastrocolla LE, Büchler RDD. Prevenção secundária da doença arterial coronária pela atividade física. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. 2005;2(1):130-42.
18. Merquiades JH, Agra JHM, Albuquerque KMD, Costa RC, Navarro AC. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2009;3(18):597-614.
19. Erdmann AL, Backes MTS, Backes DS, Koerich MS, Carvalho JN et al. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do "viver saudável" em um projeto de inclusão social. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];18(2):369-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/22.pdf>.
20. Bernardo MHJ, Menezes MFG, Assis M, Pacheco LC, Mecenas AS. A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo roda da saúde. *Rev. APS* [Internet]. 2009 [cited 2011 jun 30];12(4):504-9. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/744/275>.

Artigo recebido em 28.03.2010.

Aprovado para publicação em 14.06.2011.

Artigo publicado em 30.06.2011.