

O INFARTO E A RUPTURA COM O COTIDIANO: POSSÍVEL ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO

Fernanda Carneiro Mussi¹

Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. Rev Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro; 12(5):751-9.

Este artigo apresenta uma proposta de atuação da Enfermagem na prevenção do infarto agudo do miocárdio (IAM), com base em pesquisa desenvolvida para tese de doutorado que investigou a experiência de conforto na perspectiva de pacientes, recorrendo ao Interacionismo Simbólico e à metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados. Entrevistas com 13 homens que sofreram IAM, realizadas em dois hospitais paulistas, permitiram captar as situações por eles definidas como de conforto ou desconforto. Este texto focaliza a primeira fase da experiência vivenciada por homens infartados, na qual o principal desconforto é a ruptura com o cotidiano, provocada pelo aparecimento de sintomas ou pela irrupção do infarto, examinando as possibilidades de intervenção da enfermagem na prevenção primária e secundária.

DESCRITORES: infarto do miocárdio; cuidados de enfermagem

ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND THE BREAK WITH EVERYDAY LIFE: POSSIBILITY OF PREVENTIVE NURSING ACTION

This proposal for Nursing action to prevent acute myocardial infarction (AMI) draws on a doctoral thesis research carried out to investigate the experience of comfort and discomfort in the patient's perspective, by means of the Symbolic Interactionism approach and the Grounded Theory methodology. Data collected by means of interviews with 13 men who had suffered AMI, at two hospitals in São Paulo, Brazil, allowed us to point out what they define as comfortable or uncomfortable. This article focuses on the first phase of these men's experience, when the main discomfort is the break with everyday life, brought about by the onset of symptoms or by the stroke itself, and discusses possibilities for Nursing action in primary and secondary AMI prevention.

DESCRIPTORS: myocardial infarction; nursing care

EL INFARTO Y LA RUPTURA CON EL COTIDIANO: UNA POSIBLE ACTUACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN

Este artículo presenta una propuesta de actuación de la enfermera en la prevención del infarto agudo de miocardio (IAM), con base en una investigación desarrollada para una tesis de doctorado, con el objetivo de conocer la experiencia de confort en la perspectiva de pacientes, acudiendo al Interaccionismo Simbólico y a la metodología de la Teoría Fundamentada en los datos. En dos hospitales paulistas, fueron realizadas 13 entrevistas con individuos del sexo masculino que sufrieron IAM. Fue posible captar las situaciones definidas por ellos como de confort o de desconforto. Este texto enfoca la primera fase de la experiencia vivenciada por hombres infartados, donde el principal desconforto es la ruptura con el cotidiano provocada por el aparecimiento de síntomas o por la irrupción del infarto, examinando las posibilidades de intervención de la enfermera en la prevención primaria y secundaria.

DESCRIPTORES: infarto de miocardio; atención de enfermería

¹ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, e-mail: femussi@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A literatura preconiza o papel do enfermeiro como de provisão, promoção, manutenção e restauração do conforto⁽¹⁻²⁾. A centralidade do conceito, para muitos pesquisadores nacionais e estrangeiros, pode ser estabelecida desde os primórdios da profissão⁽³⁻⁵⁾. Além disso, na prática hospitalar, pode-se perceber que o conforto é algo esperado pelo paciente no processo de tratamento e, ao mesmo tempo, preocupação e meta da enfermagem. Parecem coincidir, assim, a busca do enfermeiro e a expectativa do paciente: conforto faz parte tanto dos referenciais teóricos quanto práticos da profissão.

A partir da década de 1980, a literatura da enfermagem enfatiza a importância da pesquisa empírica e do discurso do sujeito, passando a pensar o conforto nessa perspectiva. Conforto foi investigado do ponto de vista de pessoas em situação de saúde e de doença⁽⁴⁻⁶⁾. Embora ofereçam avanço importante para o conhecimento do significado de conforto/desconforto na percepção de pacientes e enfermeiros, a maior parte dos estudos descreve conforto e desconforto sem necessariamente buscar causas do desconforto – são basicamente descritivos. São escassos os estudos que buscam entender como tais significados são produzidos nas relações do indivíduo com a doença e com as práticas de saúde. E, para pessoas que sofreram infarto, os conceitos relacionados ao conforto e desconforto não estão satisfatoriamente desenvolvidos na literatura, nem as relações entre eles foram ainda compreendidas com precisão.

Em virtude dessa lacuna, a autora se propôs na tese de doutorado⁽⁷⁾, a investigar o conforto na perspectiva dos sujeitos que o experimentam, em sua interação com os profissionais que o proporcionam e com as práticas das instituições que os acolhem – ou seja, do paciente infartado com os diversos objetos sociais.

O estudo permitiu compreender que a experiência dos homens infartados é constituída por processo de contínuas situações com as quais precisam conviver e que marcam sua trajetória, desde a chegada dos primeiros incômodos até a fase de tratamento em que se encontram. Nesse processo, três fases foram demarcadas e representam os três fenômenos que compõem a experiência, traduzindo, essencialmente, uma vivência permeada pelo desconforto: “Tendo uma ruptura com a

vida cotidiana”, “Tendo a identidade pessoal suspensa” e “Reapropriando-se da identidade pessoal, carregando as marcas do infarto”. A categoria central que expressa o processo é, pois, “Padecendo a perda da espontaneidade da ação”⁽⁷⁾.

A primeira fase da experiência desses homens infartados compreendida como “Tendo uma ruptura com a vida cotidiana”, revela os desconfortos vividos por eles e as suas ações e interações com os sinais e sintomas prodromicos da doença. Várias dessas ações mostraram que eles retardam a busca de socorro médico face aos sinais e sintomas, o que pode levar à morte e aumentar as limitações físicas, psicológicas e sociais do infarto. O retardo à chegada à instituição médico-hospitalar, após o início dos sintomas, implica em discussão, por parte dos profissionais de saúde, sobre programas educativos que visem a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes e a valorização pelo indivíduo da procura imediata de atendimento diante dos sinais e sintomas prodromicos do IAM. Além disso, é sabido que o infarto está associado a vários fatores de risco, o que implica em mudança do estilo de vida visando o controle da progressão da doença. Assim, a única forma de evitar o desconforto provocado pela ruptura com a vida cotidiana é prevenir o próprio infarto, o que demanda a necessidade de reflexão e proposição de estratégias de prevenção individualizadas para a modificação de estilos de vida que propiciem a manutenção ou progressão da doença arterial coronariana (DAC).

Com base no exposto, é apresentado, neste estudo, a partir da tese de doutorado, a primeira fase da experiência vivida por homens infartados, na qual o principal desconforto é a ruptura com o cotidiano provocada pelo aparecimento de sintomas ou pela irrupção do infarto, examinando as possibilidades de intervenção da Enfermagem na prevenção. As categorias dessa fase revelam tanto os desconfortos vivenciados pelos participantes como a seqüência de suas ações e interações face aos sinais e sintomas do IAM e sua evolução, até a chegada à instituição médico-hospitalar, contribuindo para iluminar a ação de enfermeiros nessa prevenção.

OBJETIVO

Descrever a primeira fase da experiência vivenciada por homens que sofreram IAM, compreendida como “Tendo

uma ruptura com a vida cotidiana”, examinando os focos de intervenção da enfermagem na prevenção da doença a partir das ações e desconfortos desses homens, nesta fase.

BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Considerando que o conforto ou desconforto é produto da interação, sua compreensão precisa ser buscada nas interações da pessoa consigo mesma, com aqueles que a circundam durante o tratamento, nas situações que enfrenta. Assim, para entender conforto como estado subjetivo, à luz das interações vivenciadas pelo paciente ao longo de sua trajetória de doença e tratamento – e, portanto, vinculadas aos fatores objetivos das instituições, da racionalidade e práticas que as fundamentam – recorreu-se à perspectiva do Interacionismo Simbólico, empregando a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). As premissas básicas do Interacionismo Simbólico⁽⁸⁾ permitem entender que a experiência de conforto ou desconforto está associada às interações que a pessoa estabelece em momentos determinados e explicar a experiência como processo e como resultado dessas interações. Tornam evidente, também, que os sentidos de conforto surgem e se modificam nas interações que a pessoa estabelece nas situações vivenciadas (consigo mesma, outros seres, situações e objetos); e que a ação das pessoas, relacionada ao conforto ou desconforto, é baseada nos sentidos que ela atribui às coisas com as quais interage. A Teoria Fundamentada nos Dados, metodologia de coleta e análise sistemática de dados qualitativos, permite detectar processos psicossociais e desenvolver modelos teóricos de fenômenos da realidade empírica⁽⁹⁾.

O número de entrevistados não foi predeterminado, mas resultou do processo de amostragem teórica, cuja preocupação é com a representatividade das categorias-conceitos que emergem do discurso dos sujeitos⁽¹⁰⁾. Na Teoria Fundamentada em Dados, a coleta e análise são entrelaçadas e ocorrem simultaneamente, já que a análise vai dirigindo o processo de amostragem. Após uma ou mais entrevistas com 13 participantes, foi possível alcançar a saturação teórica das categorias e, paralelamente, a crescente compreensão dos conceitos identificados. Os 13 homens adultos estavam conscientes, foram acometidos por IAM, estavam em processo de tratamento

clínico e/ou cirúrgico em duas instituições hospitalares do município de São Paulo, 8 tinham sofrido pelo menos uma revascularização do miocárdio e com exceção de 3, que acabavam de ter sofrido o primeiro IAM, todos os demais tiveram o retorno da doença. Os participantes foram entrevistados, em diferentes fases do tratamento, portanto, encontravam-se na unidade de internação, semi-intensiva ou coronariana, ou ainda em acompanhamento ambulatorial e concordaram, por escrito, em participar da pesquisa. A idade dos participantes variou entre 45 e 74 anos, 12 eram procedentes do Estado de São Paulo e 1 de Minas Gerais, 6 possuíam o 1º grau incompleto, 1 o 1º grau completo, 3, o 2º grau completo e 3, o superior completo, 11 moravam com a esposa e ou filhos e apenas 2 viviam sozinhos, 10 eram católicos e 3 evangélicos, 2 estavam aposentados e não exerciam atividade e 11 tinham atividade ocupacional variada. Os aspectos éticos e legais inerentes à realização de pesquisa com seres humanos foram respeitados. As entrevistas foram gravadas e transcritas. As primeiras foram iniciadas com questões abertas e norteadoras do estudo “Fale-me um pouco sobre o seu conforto”, “Fale-me um pouco sobre o seu desconforto” e, a partir da análise dos dados iniciais, questões mais focalizadas foram feitas, para garantir o esclarecimento e aprofundamento das informações necessárias como, por exemplo: “Como foi a sua experiência de dor?”, “O que o senhor sentiu/pensou na hora da dor?”, “O que o senhor fez na hora da dor?”.

Na análise dos dados procedeu-se mediante três tipos de codificação⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Na primeira, as entrevistas foram examinadas minuciosamente para extrair os primeiros códigos. Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando as categorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si. Na última fase, buscou-se identificar a categoria central, determinando e validando sua relação com as outras categorias e dessas entre si. A categoria central representou o elo de ligação entre todas as demais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira fase da experiência de homens infartados: desconforto e ruptura com o cotidiano

Na primeira fase da experiência, o surgimento dos

incômodos dá início a “Padecendo a perda da espontaneidade da ação” porque restringe as atividades físicas. As atividades habituais do homem são limitadas pelos sintomas que se manifestam no corpo. O limite físico revela as restrições e impossibilidades de ação do corpo e, assim, a interação com os sintomas lembra-o da existência – e da finitude – do corpo. Interagindo com os sintomas, esse homem não pode mais agir orientando-se pela experiência de vida.

Os sintomas são os que produzem o início do desconforto; é devido a eles que, sem desejar ou escolher, os homens se vêem “Tendo uma ruptura com a vida cotidiana”. Romper com o cotidiano é paralisar a ação cotidiana em decorrência dos sintomas. A interferência dos sintomas na espontaneidade da ação, culminando com a ruptura com a vida cotidiana, é descrita pelas categorias apresentadas a seguir, que revelam a seqüência de ações e interações do homem com infarto face aos sintomas e sua evolução.

Nessa fase da experiência, o homem detecta a presença de incômodos – (1)* **Tendo incômodos** - em graus variados de intensidade e de interferência na realização das atividades cotidianas. Ele começa a sentir dor, cansaço, falta de ar no desempenho das atividades usuais. Interagindo com esses incômodos sentidos no corpo, começa a suspeitar de que algo pode não estar bem. Não associa necessariamente essas manifestações ao problema cardíaco e começa a interpretá-los evocando experiências passadas, para avaliar os sintomas presentes. Crê que podem estar relacionados a esforços excessivos, à gripe, problema de estômago, etc. Explicando e situando os sintomas no âmbito das fronteiras conhecidas, procura saná-los utilizando os recursos habituais, evitando ao máximo romper com as atividades cotidianas. Não quer, a princípio, admitir a seriedade dos desconfortos, recusando-se a aceitar os sintomas como extraordinários, fazendo tentativas para melhorar ou suportar, esperando pela melhora, crendo em seu caráter temporário, hesitando na procura de atendimento ante o desaparecimento temporário dos incômodos, ou enquanto é capaz de manter controle sobre as atividades habituais. Assim, (2) **Tentando manter as atividades cotidianas** é uma estratégia para evitar o desconforto da perda da espontaneidade da ação. Na realidade, não quer aceitar que alguma coisa está fora do controle pessoal: assumir

incapacidades frente às exigências pessoais e sociais, confirmar seus medos, sentir-se impossibilitado de conduzir a própria existência com a espontaneidade habitual. Aceitar a impossibilidade de controle pessoal sobre os incômodos é imaginar ou sucumbir à ruptura com os padrões usuais da vida cotidiana.

Esses incômodos podem começar insidiosamente ou lentamente. Todavia, com seu agravo, (3) **Restringindo a ação pela interferência acentuada dos incômodos e (4) Sendo dominado pela dor**, é impossível negar que algo mais sério está acontecendo, pois se sente incapaz de fazer o que antes era realizado de modo rotineiro, econômico e espontâneo, como ocupar-se das obrigações, desfrutar do lazer, o que simboliza o impedimento de agir segundo a espontaneidade característica da ação cotidiana pelos limites do corpo. Sob essas condições, começa a relativizar a interação com os objetos sociais da vida cotidiana para privilegiar a interação com os sintomas. Frente a essas condições, sente a perda do vigor necessário para a ação espontânea na vida cotidiana, a perda da potência necessária para agir: encontra-se impossibilitado de viver o seu próprio modo de vida no interior das possibilidades dadas. O desconforto está instalado. Interagindo com a interferência acentuada dos sintomas, começa a restringir ações e a sentir-se diferente; e sendo dominado pela dor, percebe a vida suspensa no cotidiano, sente-se impotente para seu alívio. Em ambas as situações, com maior ou menor intensidade, advém o medo da morte, pois não consegue mais manter o controle pessoal sobre a própria existência, perdeu a espontaneidade da ação, e o coração pode ser lembrado quando começa a falhar. Portanto, se vê (5) **Sentindo que a vida está em jogo**. Se o desconforto original era físico, agora pensamento e ação sofrem interferência da dor. **Sentindo que a vida está em jogo** ante os incômodos, o que mais quer é recuperar a vida, é poder voltar a realizar o que antes fazia. Agora, ante os incômodos intensificados, não há saída: desprovido de recursos pessoais para saná-los, decide procurar atendimento médico, querendo que o médico resolva os sintomas que o atormentam, deixando a vida pendente. Está, agora, (6) **Dependendo de socorro externo para ter a vida de volta**, representado pela instituição médico-hospitalar, por Deus e pela ajuda de outras pessoas. Impotente diante da dor, deposita a salvação em potências externas a si

* Os números entre parênteses referem-se às categorias

mesmo. Impotente no controle da dor, é impotente no controle da própria vida. Agora, a ação é a procura de atendimento médico-hospitalar. Nessa interação, vai (7) **Confirmando o risco de vida**: convence-se de que os incômodos (as dores, o cansaço, a falta de ar) provêm de um problema cardíaco, não sendo mais possível negar ou relativizar a severidade da situação. **Confirmando o risco de vida**, sucumbe à hospitalização, como única alternativa para recuperar a vida, isto é, livrar-se da dor e estar em condições de voltar a realizar o cotidiano anterior aos incômodos: (8) **Sucumbindo à hospitalização**. Instaura-se, portanto, definitivamente, a ruptura com a vida cotidiana. O resultado do fenômeno “Tendo uma ruptura com a vida cotidiana” é a constatação da doença e o surgimento do paciente como objeto de interação.

Nessa primeira fase do processo vivenciado pelos homens, o sofrimento, o desconforto é simbolizado pela perda da espontaneidade da ação cotidiana, resultante dos limites impostos ao corpo e à mente, agravados pela institucionalização. A hospitalização é ponto de partida para a segunda fase do processo experienciado pelos homens com infarto, que passarão a viver a condição de “doente do coração”, sob controle da norma médica, “Tendo a identidade pessoal suspensa”. Mais tarde, após a alta, irão tentar restabelecer a ação espontânea “de antes” e, com o retorno da doença e (uma ou mais voltas) ao hospital, finalmente irão “reapropriar-se da identidade carregando as marcas do infarto”⁽¹¹⁾.

Atuação da enfermagem na prevenção

O sofrimento desses homens objetiva-se, na primeira fase da experiência (“Tendo uma ruptura com a vida cotidiana”), pela redução da autonomia e subjetividade, na interação com a doença e com a instituição médico-hospitalar. A ruptura forçada e abrupta com o cotidiano pelo infarto exerce grande impacto na vida das pessoas: implica interromper e fragmentar interações que dão sentido à existência, atividades, relações, pensamento e ação, para focar a atenção em uma condição específica. Esse rompimento, devido ao limite do corpo, implica interação com o medo da morte, com a finitude do corpo. Assim, esses homens vivenciam sofrimento tanto pelos sintomas quanto pelo medo da morte. O cotidiano torna-se relativizado e os sintomas e o medo de deixar de existir tornam-se o foco central de interação. Dominados pela dor e sentindo a vida em jogo, vivem uma paralisia da vida

afetiva, intelectual, ativa, perdem a espontaneidade característica da vida cotidiana. O desconforto é, agora, vivido por tornarem-se dependentes de outros.

Sem dúvida, a única forma de evitar todo esse desconforto é evitar o próprio infarto: não há outra estratégia senão a prevenção, que pode incidir em diversos níveis, nos quais a enfermagem tem importante papel a desempenhar. E, o estudo acima relatado, pode contribuir para iluminar a ação possível e desejável de enfermeiros nessa prevenção.

Hoje sabe-se que quanto maior a associação de fatores de risco cardiovascular em um indivíduo, maior a probabilidade de infarto. A modificação desses fatores em adultos, mesmo naqueles que já tiveram IAM, pode alterar o índice de progressão da doença arterial e reduzir a incidência de morte súbita, do próprio infarto e de acidente vascular cerebral⁽¹²⁾. A American Heart Association (AHA) recomenda programas de prevenção primária que incluem a detecção e modificação dos fatores de risco e a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes; e a prevenção secundária tem como objetivo evitar novos eventos ou a morte súbita por problemas cardíacos e IAM em pacientes com diagnóstico de DAC⁽¹²⁾.

Várias atitudes desses homens indicam direções e pistas para o planejamento e implementação de ações preventivas. A categoria **Tentando manter as atividades cotidianas** mostrou, de modo marcante, que os homens retardaram a procura de atendimento médico, principalmente pela dificuldade de aceitar uma condição que os limita – enquanto os sintomas não os impediram, radicalmente, de realizar as ações cotidianas. Agiram com base em seus próprios conhecimentos e definições sobre o que estava acontecendo. Se a falta de informação sobre as manifestações do infarto foi um elemento que contribuiu para alguns homens retardarem a procura de atendimento médico-hospitalar, também é verdade que outros, frente às manifestações do segundo infarto, igualmente retardaram o recurso ao socorro médico, preservando a esperança de que não fosse infarto. Por vários motivos, é notória a resistência dos homens em romper com o cotidiano. Entre outros aspectos, tal fato leva à indagação do sentido social do IAM para a população e as implicações do abandono do cotidiano e da submissão à norma médica. De qualquer modo, fica explícita a necessidade de intervenção preventiva para conscientizar os portadores de doenças coronarianas e seus familiares dos riscos da demora em buscar atendimento médico-

hospitalar. Tal demora pode diminuir as chances de sobrevida e aumentar as limitações físicas, psicológicas e sociais acarretadas pelo infarto. Segundo a AHA⁽¹²⁾, dois terços das mortes súbitas em decorrência de doenças coronarianas ocorrem fora do hospital, e a maioria dentro de duas horas após o início dos sintomas cardiovasculares, cuja causa mais freqüente é a fibrilação ventricular. Muitas dessas fatalidades podem ser evitadas se o indivíduo tiver atendimento rápido, de preferência nos primeiros dois minutos após o início dos sintomas, para que se beneficie plenamente da terapia de reperfusão coronariana.

Com base nos dados desta pesquisa depreende-se que nos programas de treinamento, seja para profissionais de saúde, seja para indivíduos com risco potencial, para os próprios indivíduos que já apresentam manifestação de DAC, bem como seus familiares e outros membros de uma comunidade, precisa ser dada ênfase à conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes e às técnicas de socorro. Assim, precisam ser educados e treinados para o reconhecimento precoce das manifestações do IAM, para ativação e obtenção de acesso rápido ao serviço médico de emergência antes que a condição se deteriore para uma parada cardíaca (reduzindo os riscos e demoras do transporte pessoal), para a realização precoce de ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação rápida, para o reconhecimento da importância do suporte avançado de vida em cardiologia, no esforço de minimizar incapacidades e impedir a morte súbita.

Como visto nas categorias **Tentando manter as atividades cotidianas, Restringindo a ação pela interferência acentuada dos incômodos** e **Sendo dominado pela dor**, enquanto os homens não se sentem dominados pela dor, ou percebem a paralização de atividades habitualmente realizadas, em razão da dor ou cansaço, resistem “entregar-se”. Não conhecendo a natureza real dos incômodos, fazendo tentativas para minorar e alimentando a esperança de melhora – seja por resistência ou por desconhecimento – retardam a procura de socorro médico. É, também, verdade que as categorias **Sendo dominado pela dor** e **Sentindo que a vida está em jogo** mostraram que quando se sentem dominados pela dor, e percebendo a vida em jogo, vêem-se impotentes, dependentes da ajuda dos próximos para sanar o mal que os afligem (**Dependendo de socorro externo para ter a vida de volta**). Assim, é fundamental que a pessoa mais próxima naquele momento esteja preparada para acionar a unidade de socorro local ou o serviço de emergência ou, na sua inexistência, para levar a pessoa

o mais rápido possível a um hospital com serviço de emergência de 24 horas. É também necessário que esteja preparada para fornecer o suporte básico de vida, se necessário. Portanto, os programas de treinamento para pessoas com DAC diagnosticada e seus familiares, envolvendo indivíduos que atuam em escolas, empresas, etc., deve incluir a elaboração conjunta de um plano de ação emergencial em casa e no trabalho. Esse plano deve focar desde o reconhecimento dos sinais de alerta e ações de sobrevida para as pessoas com DAC diagnosticada e não-diagnosticada até o conhecimento do número de telefone correto do serviço de emergência médica na cidade, da localização do hospital mais próximo com serviço de emergência 24 horas, com recursos para atender o doente. Como as categorias **Sendo dominado pela dor** e **Dependendo de socorro externo para ter a vida de volta** mostraram que os homens só decidiram procurar ajuda médica quando não toleraram mais a dor e esgotaram seus recursos próprios para saná-la, mas não necessariamente por valorizarem a procura imediata de atendimento médico para minimizar as limitações físicas, sociais e psicológicas da doença, é imprescindível a atuação do familiar ou pessoa mais próxima ao paciente no sentido de ajudá-lo e persuadi-lo à busca rápida de atendimento. Contribui, ainda, para destacar a relevância dessa ação familiar o fato de que a confirmação do risco de vida determinado pelo infarto ocorreu na interação com o médico, conforme evidenciou a categoria **Confirmando o risco de vida**.

É importante enfatizar que o sucesso do atendimento não é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, mas depende também do grau de conscientização do leigo sobre a importância da ativação rápida do serviço médico de emergência e de sua capacidade e disposição de iniciar uma ressuscitação cardiopulmonar rápida e efetiva. Os profissionais que prestam atendimento à saúde têm, no entanto, a responsabilidade de organizar a informação, educação e treinamento do público. Programas de educação comunitária e profissional devem visar aumentar a porcentagem de pessoas que chamam o serviço de emergência e obtêm ajuda rapidamente. Pacientes e profissionais de saúde devem trabalhar juntos para ajudar a reduzir o intervalo de tomada de decisão entre o início dos sintomas e a iniciativa de procurar socorro.

Os programas comunitários de educação precisam abranger diferentes grupos incluindo escolas,

bases militares, complexos habitacionais, locais de trabalho, centros de saúde, prédios públicos, etc. "A equipe de saúde deve enfrentar o desafio de descobrir populações de maior risco e recrutar familiares dos pacientes para se tornarem peritos conscientes, modelos de entusiasmo e de motivação e, também, intervencionistas bem informados e treinados"⁽¹²⁾. E, considerando que o infarto está associado à populações de baixa renda e nível de instrução, esses grupos devem receber cobertura especial dos programas educativos, bem como de ações pedagógicas compatíveis com suas possibilidades de aprendizagem. Além disso, programas de treinamento continuado devem ser desenvolvidos para prevenir a deterioração das habilidades necessárias.

Em nosso país, um serviço médico de emergência com infra-estrutura capaz de responder com eficácia e eficiência às necessidades de atendimento da população dever ser de responsabilidade pública e seus processos de trabalho e protocolos de atendimento submetidos a constantes avaliações por meio da pesquisa científica. No entanto, a prevenção não é da alçada exclusivamente médica. A despeito de qualquer ação eficaz para a mudança de atitude, essa somente poderá ocorrer se a pessoa estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social"⁽¹³⁾.

Ora, a iniciativa no planejamento, execução e avaliação desses programas é, também, papel do enfermeiro e representa seu compromisso social e ético. O enfermeiro pode ocupar espaço importante na prevenção, reconhecendo-se como sujeito que pode contribuir no processo educativo de indivíduos, visando a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares iminentes, a execução de condutas iniciais frente a esses e a modificação de estilos de vida que propiciem a manutenção ou progressão da DAC. O advento do IAM, tal como vivenciado pelos participantes desta investigação (gerando o rompimento com os papéis usuais, o medo de morrer, a incerteza de recuperação e a submissão à instituição médico-hospitalar) salienta a importância de estratégias educativas para detecção e modificação dos fatores de risco da doença. Se a literatura médica tem razão em estabelecer relação de causa e efeito entre o estilo de vida de um indivíduo e o IAM, o enfermeiro precisa discutir como ajudá-lo, no âmbito de suas possibilidades, a encontrar e valorizar outras formas de ser e de viver para evitar o retorno da doença e os desconfortos dela decorrentes.

Nos programas educativos, a atuação do enfermeiro pode abranger a assistência direta ao indivíduo ou a grupos de uma comunidade ou o gerenciamento desse processo de trabalho de enfermagem, a formação de trabalhadores de enfermagem e a participação no processo de educação de recursos humanos, de outras áreas. Com essa participação na formação, o enfermeiro estará também contribuindo para o treinamento de agentes multiplicadores de ações pedagógicas preventivas. Tais propostas precisam integrar os cursos de graduação em enfermagem, de formação de trabalhadores de nível médio e podem se estender a voluntários de grupos da comunidade.

No que se refere à assistência direta, ou seu gerenciamento, a indivíduos e grupos de uma comunidade, a grupos de trabalhadores da enfermagem e de outras profissões, seja essa realizada em unidades básicas de atendimento a saúde, empresas, escolas de nível fundamental, médio e profissionalizante, ou em instituições médico-hospitalares (atendimento ambulatorial, setores de internação, em especial as especializadas em cardiologia), uma proposta educativa da enfermagem poderia consistir em implementar programas visando a caracterização da clientela e a identificação de fatores de risco modificáveis. A educação em saúde pressupõe, minimamente, que os profissionais de saúde conheçam a população que estão assistindo, para que possam levar em consideração suas especificidades e limitações nas estratégias de educação. Não podemos perder de vista que "todo programa de educação em saúde assenta-se na comunicação entre pelo menos dois grupos sociais heterogêneos, população e equipe de saúde, situados em campo socioculturais, lingüísticos e psicológicos específicos. Ambos buscam a saúde, mas com intenções, necessidades e concepções diferentes. Caso se exclua o sentido que a população atribui às questões tratadas pelos programas educativos, a comunicação entre ela e a equipe profissional não se operará dentro de um mesmo universo conceitual, gerando conflito entre as orientações técnico-científicas e as ações populares"⁽¹⁴⁾.

Ao pensar numa proposta educativa, é preciso lembrar que o controle dos fatores de risco depende tanto do treinamento quanto da conscientização e participação ativa do indivíduo na mudança para um estilo de vida mais saudável. Não basta apenas identificar os fatores de risco para o infarto de um grupo, classificando os indivíduos em padrões de estilo de vida: os programas de educação

preventiva devem privilegiar estratégias que estimulem e respeitem a noção de que o paciente, como indivíduo responsável, pode iniciar ele próprio o processo que o leve a ficar bem, reconhecendo em si a necessidade de mudança de atitude frente aos fatores de risco da doença.

Nos cenários da prática médico-hospitalar, observa-se indivíduos infartados receberem orientações de profissionais relacionadas à mudança de hábitos para redução dos fatores de risco da DAC. Com certa frequência, as informações são transmitidas com o caráter de *dever ser*. Assim, ouve-se - e é encontrado em manuais de orientação – que, a partir de então, o paciente deve controlar o que acelera ou agrava a doença e, portanto, deve modificar hábitos alimentares, fazer dieta, controlar o peso, dosar o colesterol, parar de fumar, reduzir o esforço físico, procurar uma vida menos estressante e mais tranqüila, incorporar à rotina diária uma atividade física, etc. Apenas informar o sentido e os benefícios do controle dos fatores de risco da DAC pode não ser suficiente para ajudar um indivíduo a mudar seu modo de ser e de viver. A ênfase nas restrições pode ressaltar apenas o sentido da negatividade da doença. “Apenas emitir mensagens não é suficiente para transformar ações e relações. É necessário conhecer os significados que motivam as ações individuais e coletivas e a maneira como as pessoas se apropriam do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença, remodelando-o. Todos temos explicações e usamos recursos para combater doenças; o que varia são os fundamentos das crenças e das ações referentes a elas. O corpo é antes de mais nada regido por uma realidade simbólica”⁽¹⁴⁾. Aí está um desafio a ser alcançado pela articulação dos saberes, experiências e ações integradas da equipe de saúde.

É necessário compreender, junto com os sujeitos, que relações estabelecem entre o adoecer, sua história de vida, seu modo de viver e esses fatores. Essa compreensão pode ser o primeiro passo para, em conjunto, traçar estratégias de prevenção individualizadas. Como o sujeito pensa, sente, o que conhece, que crenças, valores e atitudes tem, e o contexto social em que o

comportamento se processa são fatores essenciais a serem considerados para propor uma estratégia pedagógica efetiva. Se os indivíduos conhecerem os motivos subjacentes a suas escolhas, se conseguirem incorporar a necessidade de mudança como forma de preservação da própria existência, é possível que modifiquem seus comportamentos cotidianos antes que o infarto aconteça, ou que a vida de homens infartados deixe de se concentrar negativamente nas perdas geradas pelo infarto. É necessário ajudá-los a encontrar a razão para seus comportamentos que ameaçam a própria existência e, no âmbito de suas possibilidades, encontrar novas formas de ser e de viver que contribuam para reduzir os fatores de risco da DAC.

Esse é um espaço para a intervenção da enfermagem. O enfermeiro promove conforto ao atuar na esfera preventiva e educativa, pois contribui assim para reduzir desconfortos futuros, tanto dos portadores de coronariopatias quanto das pessoas infartadas. A promoção do conforto deve ser a motivação básica da ação do enfermeiro, como uma categoria política e ética que norteia a ação da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal desconforto vivenciado na primeira fase da experiência de homens infartados foi a ruptura com a vida cotidiana, provocada pelo aparecimento dos sintomas ou irrupção do IAM. Várias ações e desconfortos desses homens, nessa fase, apontaram a importância da atuação do enfermeiro em programas educativos, focalizando a conscientização dos sinais de eventos cardiovasculares eminentes e a valorização da procura imediata de atendimento médico face aos sinais e sintomas prodômicos do IAM. Além disso, a única forma de evitar o desconforto da ruptura com a vida cotidiana é evitar o próprio infarto, o que implica, também, na atuação do enfermeiro em programas educativos, focalizando a modificação de estilos de vida que favorecem a DAC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francis GM, Munjas B. Promoting psychological comfort. 2ª ed. Dubuque (IA): Brown; 1979.
2. Du Gas BW. Enfermagem prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1984.
3. Jacox AK. Key aspects of comfort. In: Funk SG. Key aspects of comfort: management of pain, fatigue, and nausea. Nova Iorque (NY): Springer; 1989. p.8-21.

4. Morse JM, Bottorff JL, Hutchinson S. The paradox of comfort. Nurs Res 1995; 44(1):14-9.
5. Arruda EN, Larson PJ, Meleis AI. Comfort: immigrant hispanic cancer patients' views. Cancer Nurs 1992; 15(6):387-94.
6. Hamilton, J. Comfort and the hospitalized chronically ill. Gerontol Nurs 1989; 15(4):28-33.
7. Mussi FC. Padecendo a perda da espontaneidade da ação: o desconforto vivenciado por homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.

8. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs [NJ]: Prentice Hall; 1969.
9. Chenitz WC, Swanson JM. From practice to Grounded Theory. Menlo Park [CAL]: Addison-Wesley; 1986.
10. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research. Nova Iorque (NY): Aldine; 1967.
11. Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques. Newbury Park [CAL]: Sage Publications; 1991.
12. American Heart Association (AHA). Suporte básico de vida para profissionais de saúde. Buenos Aires: Waverly Hispanica; 1997.
13. Lotufo PA. Novos conceitos sobre uma velha realidade. In: Mion D Junior, Nobre F. Risco cardiovascular global. São Paulo (SP): Lemos; 1999.
14. Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. Rev Esc Enfermagem USP 1994; 28(1):105-10.