VIVENCIANDO O INFARTO: EXPERIÊNCIA E EXPECTATIVAS DOS PACIENTES

Living the infarct:
experiences and expectatives of the patients

Viviendo el infarto:
experiencia y expectativas de los pacientes

Moema Zaranza de Sousa

Vera Lúcia Mendes de Oliveira

Resumo

A presente investigação traz em sua temática a vivência do paciente infartado, tendo como objetivos: descrever a experiência do paciente acometido por um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), discutir o significado do IAM para ele e conhecer suas expectativas em relação à doença. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, desenvolvido e fundamentado na abordagem qualitativa. O estudo permitiu alcançar os objetivos propostos levando à conclusão de que o IAM é percebido pelos participantes do estudo de forma singular, como um evento essencialmente negativo e gerador de vários sentimentos; sentimentos que surgem desde o início do ataque e continuam durante todo o período de internação prolongando-se após a alta hospitalar. Entre os mais presentes, destacam-se o medo da morte, de uma possível cirurgia, de um novo ataque. Esses sentimentos se tornam bastante acentuados por ser o coração o órgão afetado pelo IAM, um órgão considerado vital e centro gerador da vida em virtude do simbolismo atribuído ao mesmo.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio. Expectativa. Experiência. Sentimento.

Abstract

The present investigation has as thematic the experience of the infarcted patient, and as objective: to describe the experience of the patient that was taken an Intense Infarct of the Myocardium (IIM), to argue the meaning of the IIM to this patient and to know his/her expectations related to the illness. It is about a descriptive-exploratory study, developed and based on the qualitative approach. The study allowed to reach the proposed objectives leading to the conclusion of that the IIM is perceived by the participants of the study by a singular form, as an essentially negative and generating event of some feelings; feelings that arise from the beginning of the attack and continue during all over the period of internment until after the discharge from hospital. Among the most present feelings, are distinguished the fear of the death, a possible surgery, and a new attack. These feelings become pretty accented for being the heart the organ affected by the IIM, a considered vital organ and generating center of the life because of the symbolism attributed to it.

Keywords: : Intense Infarct of the Myocardium. Expectation. Experience. Feelings.

Resumen

La presente investigación trae en su temática la experiencia del paciente infartado, teniendo como objetivos: describir la experiencia del paciente acometido por un Infarto Agudo del Miocardio (IAM), discutir el significado del IAM para él y conocer sus expectativas en relación a la enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo - exploratorio, desarrollado y fundamentado en un abordaje cualitativo. El estudio permitió concluir que el IAM es percibido por los participantes del estudio de forma singular, como un evento esencialmente negativo y generador de varios sentimientos; sentimientos que surgen desde el inicio del ataque y continúan durante todo el período de internación prolongándose después del alta del hospital. Entre los sentimientos más presentes, se destacan el miedo de morir, de una posible cirugía, de un nuevo ataque. Estos sentimientos se tornan bastante acentuados por ser el corazón, el órgano afectado por el IAM, órgano éste considerado vital y centro generador de vida en virtud del simbolismo atribuido al mismo.

Palabras clave: Infarto Agudo del Miocardio. Expectativa. Experiencia. Sentimientos.

INTRODUÇÃO

Houve um grande aumento na incidência de doenças cardiovasculares, que hoje ocupam o primeiro lugar nas causas que mais matam no Brasil e no mundo, atingindo todas as faixas etárias, prejudicando o desempenho físico, mental e emocional de pessoas em fases produtivas de suas vidas. Conforme Holanda¹, o mundo de hoje se caracteriza por ser altamente estressante, onde as responsabilidades são muitas, a recessão, o desemprego, a violência, a insegurança e também a insatisfação afetiva, que são entre outros, fatores causadores de estresse e irritação. Por esses e outros motivos, tais como hábitos alimentares incorretos, além de um estilo de vida sedentário, a tendência é aumentar cada vez mais a incidência de doenças desta natureza.

No Brasil, a Doença Cardíaca Coronariana (DCC) representa um grave problema da saúde pública. Para Lotufo apud Oliveira²:

... as doenças cardiovasculares vitimam aproximadamente 300.000 brasileiros por ano, ou seja, são 820 óbitos por dia, ou 34 por hora, ou um evento fatal a cada 2 minutos ... são a principal causa de gastos em assistência médica (16,22% do total), implicando 10,74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde.

Levando em consideração os dados estatísticos alarmantes citados acima, torna-se claro a urgência e a necessidade de uma intervenção imediata no que diz respeito à situação epidemiológica no país ficando, evidente a necessidade de se discutir a questão do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) como condição mórbida geradora de impacto na vida das pessoas por ele acometidas.

O sintoma mais específico é a dor. A sensação é de aperto¹, localizada no peito, à altura do coração. Essa dor é tão intensa que provoca suores frios, náuseas, vômitos e vertigens, ela costuma se irradiar para os ombros e braços (geralmente o esquerdo), para a mandíbula, as costas, e a projeção do estômago no abdômen. O paciente de um modo geral se refere a ela como uma sensação que nunca experimentou igual.

Após a comprovação do IAM, esse paciente é rapidamente admitido em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou Unidade Coronariana (UC), ficando o mesmo isolado do mundo e afastado do convívio com seus familiares, parentes e amigos. Os pacientes passam então a interagir com uma nova e estranha rotina. É como se as cortinas do mundo exterior se fechassem.

A presença da equipe de enfermagem neste momento é de fundamental importância, pois sua permanência junto ao cliente a possibilita identificar fatores biopsicológicos e psicológicos que interferem no processo de recuperação³.

Além das alterações físicas que acompanham o paciente acometido por um IAM, existem alterações que permeiam o âmbito pessoal. A ocorrência do infarto traz uma abrupta modificação na vida das pessoas. Assim, um indivíduo que estava envolvido com a rotina da vida diária, trabalhando, relacionando-se, engajado socialmente, defronta-se, de repente, com uma série de partes do seu corpo em mau funcionamento, e instalado em um ambiente estranho, afastado do convívio familiar⁴.

As pessoas que passam pela experiência de terem sofrido um infarto encontram-se terrivelmente inseguras, amedrontadas e estão estafadas pela tensão que viveram, além de apresentarem-se ansiosas e preocupadas¹. A ansiedade causada pelo medo e insegurança pode causar problemas físicos, psicológicos e espirituais. Uma explicação cuidadosa e constante acerca dos procedimentos, equipamentos, cuidados, limitações e expectativas do curso clínico hospitalar e extra-hospitalar podem contribuir para diminuir o estresse e ajudar a tranquilizar os pacientes, os quais devem ser orientados a informar todo e qualquer tipo de desconforto e procurar graduar a sua ansiedade.

Após sofrer um IAM, a pessoa deve enfrentar a alarmante realidade desta doença, que ameaça sua vida. Não é apenas o ataque agudo que é perigoso; o paciente que sobrevive precisa encarar de maneira realista um aumento da probabilidade de sofrer um outro ataque, possivelmente fatal. Portanto, a ansiedade é a regra em vez da exceção entre os pacientes infartados.

Tratando-se de adoecer do coração, Svartman⁵ refere que a cardiopatia coloca o paciente em confronto com a intensificação da angústia da morte, já que o coração representa o motor da vida.

O papel do coração, como centro das emoções, é reconhecido desde o início da medicina. Lamosa⁶ relata que Hipócrates e seus discípulos (460-377 a.C.) diziam que o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida. Lamosa ainda refere que Aristóteles (384-322 a.C.) já advertia que o coração era o último órgão a morrer, ficando claro que é o órgão mantenedor da vida.

A equipe multiprofissional que atua na área de saúde deve estar apta a assistir e orientar os pacientes que sofreram um infarto, e dentre os componentes desta equipe destaca-se o papel do enfermeiro, por se tratar

do profissional que mais tempo passa junto a esses doentes.

Estudos dessa natureza, podem contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado prestado não só pela equipe de enfermagem, mas por todos aqueles que atuam junto aos pacientes com IAM, uma vez que existe uma ênfase maior nos estudos que discutem aspectos clínicos em detrimento dos estudos que abordam o significado real dessa doença, do ponto de vista de quem a vivencia⁷.

A experiência de vivenciar o IAM como objeto de estudo que aqui se discute é relevante e de fundamental importância para a enfermagem como profissão, pois oferece oportunidade de reflexão sobre a necessidade de implementação de uma assistência individualizada, como alternativa de solução para reduzir o impacto do IAM na vida de uma pessoa, fazendo-a co-participadora no seu tratamento, reduzindo potencialmente a expectativa, o estresse emocional, através de explicações e esclarecimentos. Escutando o paciente, tranquilizando-o, tendo controle necessário sobre o ambiente, e principalmente revendo certas reações emocionais que podem ser uma série de ameaças, contribuindo assim para um melhor prognóstico.

Para Santos⁷ afirma que, ao conhecer o significado desta enfermidade percebe-se o sentido expresso pelo paciente de tudo o que vivenciou, seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. Isso possibilita verificar o âmbito de atuação da enfermagem, para posterior atendimento das necessidades do paciente e sua melhor adaptação a uma diferente circunstância de vida, proporcionando a este paciente um cuidado individualizado e humanizado.

Conhecer o significado do IAM na perspectiva dos pacientes que o experienciaram é de essencial importância na busca do desenvolvimento de outros estudos, que estimulem pesquisadores a abordarem o infarto em uma variedade de circunstâncias, em diferentes grupos etários e nos diversos gêneros. Sua importância reside também no fato de que tal fenômeno possui algumas especificidades dada a singularidade da situação. Desse modo toma-se como objetivo prioritário desse estudo descrever a experiência do paciente acometido por um IAM, pretendendo-se ainda, discutir o significado do IAM para ele e conhecer suas expectativas em relação a doença.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, sendo desenvolvido e fundamentado na abordagem qualitativa,

por melhor adequar-se à análise do objeto e alcance dos objetivos.

A pesquisa foi realizada em um hospital da rede pública de saúde, localizado na cidade de Fortaleza, que é referência para o atendimento de pacientes portadores de doenças cardíacas e pulmonares.

Fizeram parte da pesquisa, pessoas que por terem sido acometidas por um IAM estavam internadas no referido hospital. Os dados foram coletados nos período de março a abril do corrente ano.

Vale ressaltar que os participantes foram escolhidos obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- diagnóstico médico definido como IAM;
- pacientes de ambos os sexos e diferentes faixas etárias;
- pacientes conscientes e em condições clínicas de serem entrevistados;
- não ter história anterior de cardiopatias;
- concordância verbal com a entrevista, bem como assinatura do consentimento livre e esclarecido de acordo com as determinações da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁸.

Os sujeitos da pesquisa foram pacientes que se encontravam na fase subaguda do infarto, ou seja, após os cinco primeiros dias pós-infarto, e que haviam sido transferidos da UC para as unidades de internação, totalizando um quantitativo de 13 pacientes entrevistados, sem haver planejamento prévio quanto ao número de participantes.

Para Leopardi⁹ afirma que o interesse da pesquisa qualitativa não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam, não sendo necessário definir previamente o número de entrevistados. A decisão de encerrar a coleta dos dados é tomada quando o pesquisador percebe que as informações colhidas até o momento são suficientes para atender aos intuítos do estudo.

A obtenção das descrições se deu através de entrevista semi-estruturada, com uso de gravador em que tomou-se por base três questões norteadoras: *"O que foi para você ter sido acometido por um IAM? Qual significado tem para você o fato de ter sofrido um IAM? Quais são suas expectativas futuras em relação a doença?"*. Dessa forma, os sujeitos puderam direcionar suas falas de maneira espontânea, permitindo a eles uma reflexão acerca de suas experiências, além de oportunizar ao pesquisador o estabelecimento de uma relação dialógica com o entrevistado.

Após a transcrição das entrevistas procedeu-se a leitura exaustiva dos discursos, tendo sido os mesmos

organizados em sub-temas, orientados por alguns pressupostos teóricos da hermenêutica. A definição de hermenêutica dada por Barreto e Moreira¹⁰ é de que mesma é a arte de compreender. A hermenêutica busca respostas que esclareçam as relações entre um texto e suas diversas formas de interpretação, no desejo de encontrar aquela que seja mais apropriada.

Assim sendo, consideradas as convergências das falas, obteve-se seis sub-temas denominados: sentimentos em relação ao IAM, sentimentos de culpa por falta de cuidados com a saúde, hospitalização, cirurgia, planos para o futuro e sentimentos sobre a alta hospitalar. Dando continuidade ao procedimento hermenêutico, realizou-se novas leituras com o reconhecimento de que os referidos subtemas constituíam partes de um todo, na forma da unidade temática intitulada *A experiência do IAM: Um turbilhão de sentimentos*.

Na etapa da análise compreensiva dos discursos, confrontou-se os dados com a literatura pertinente aos temas. O processo de análise apresenta-se na forma de recortes de falas que foram desprendidas das entrevistas, originando-se uma seqüência de idéias, informações e proposições, entendendo que as mesmas expressam experiências e sentimentos que o paciente infartado vivenciou no processo de adaptação a doença.

ANÁLISE COMPREENSIVA

Todo o conteúdo das falas dos treze pacientes entrevistados foi lido exaustivamente com a finalidade de detectar elementos significativos que expressassem a forma como esses pacientes experienciaram suas vivências.

A EXPERIÊNCIA DO IAM: UM TURBILHÃO DE SENTIMENTOS

O IAM ocorre na hora em que os pacientes encontram-se totalmente despreparados, exercendo suas atividades normais do dia-a-dia quando de repente, o IAM se concretiza. A forma súbita como se manifesta a doença, causa intenso impacto emocional. Este momento abala, perturba e gera ansiedade por ser caracterizado por uma intensa sobrecarga sensorial imposta ao paciente no momento que está infartando. gerando conflitos emocionais, os quais ficam bem claros nas falas abaixo:

Passei os piores momentos da minha vida naquele dia porque estava apavorada [...] acho que o dia do infarto foi meu dia "D", sabe? E8

Fiquei com medo porque podia ser no coração e ninguém quer ficar doente do coração porque sem ele não se vive. E10

As falas dos pacientes exaltam sobretudo, o simbolismo envolvido na ocorrência do infarto, configurando o coração o título de órgão máximo e mantenedor da vida. Para Ruschel (1994), o coração é um órgão vital, centro motor da circulação do sangue e a suposta sede da sensibilidade moral, das paixões, sentimentos, amor e afeto. Por tais motivos, essa doença assume repercussões sentimentais de proporções não mensuráveis, e ganha destaque dentre as demais enfermidades, pois além de súbita e inesperada, abala e modifica profundamente a vida.

O medo da morte também se fez presente nos discursos. Ao serem interrogados sobre a experiência pela qual passaram, em algumas falas, os pacientes expressaram com bastante ênfase que a experiência do IAM sintetiza o que de mais terrível pode haver na existência humana, ou seja, a morte. Nas falas abaixo, a mesma é percebida como um acontecimento que causa medo, pavor e repulsa.

[...] eu tava aperrriada com aquela coisa ruim, aquela coisa ruim, tava com vontade de chorar [...] eu pensava que ia morrer e eu não queria morrer, né? E3

Foi uma das piores coisas que aconteceram na minha vida [...], vi a morte bem de perto e foi aterrorizante porque eu não queria morrer daquele jeito. E6

[...] naquela hora lá a gente pensa que vai morrer e isso assusta. E11

As respostas dos pacientes que se referiram ao IAM como um acontecimento que lembra a morte, retratam o profundo abalo em suas vidas e isso os leva a interpretar o IAM como uma doença trágica, que significa o fim da vida, fazendo o indivíduo sentir-se mal e com pensamentos negativos aflorando à sua mente.

Alguns pacientes deram ao IAM o significado de doença repentina, inesperada, ou seja, um acontecimento que assusta devido a forma surpreendente como se manifesta. O grande impacto emocional ocasionado pelo IAM ocorre como consequência da maneira súbita que se concretiza a doença. As falas descritas a seguir mostram exatamente a surpresa que tanto os pacientes como suas famílias sentiram na hora do ataque cardíaco.

Veio de uma vez, não estava esperando e quando dei por mim já estava agonizando [...]. E6

Significou pra mim uma doença que eu não vou esquecer nunca nessa vida por causa da dor muito grande, sem falar da surpresa que eu tive [...] surpresa não só pra mim não, pra todo mundo lá da minha casa. E12

O sentimento de insegurança também se fez presente nos depoimentos. Para Ruschell¹¹, a representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada à sua imagem corporal e sobre o seu senso de indestrutibilidade. Quando a integridade da saúde é abalada, como no IAM, o corpo se modifica, o que significa modificações na identidade pessoal e conseqüentemente, criam-se situações que geram conflitos emocionais, os quais ficam bem claros nas falas que se seguem:

Eu acho que todo infartado tem aquele medo de ter outro infarto e de que pode morrer a qualquer hora. E1

[...] a minha vida do jeito que eu estou aqui é sufocante, é de nervosismo porque de uma hora pra outra eu penso que eu vou sentir de novo [...] aqui mesmo no hospital que está cheio de gente, médicos, enfermeiras, eu não posso sentir uma dorzinha que fico logo pensando que vai começar tudo de novo e chamo logo alguém. E2

Quem já passou por aquilo e sabe como é, não quer passar de novo. Será que depois que eu for embora a dor vai voltar a me atacar? E3

Alguns pacientes admitiram a ocorrência do IAM como uma conseqüência da falta de atenção para a saúde, falta de cuidados, com expressões notórias de auto – acusação, revelando um sentimento de culpa, arrependimento e até mesmo castigo, que os persegue diariamente desde o dia em que foram acometidos pela doença. A culpabilidade dos seres humanos torna-se visível nos sentimentos expressos nos depoimentos descritos a seguir:

[...] bebia muito, já usei drogas, mas parei. Bebi por mais de trinta e cinco anos, fumava duas cartelas de cigarro por dia desde que tinha sete anos [...] acho que tive isso por causa dessas coisas né? A culpa é minha [...] eu procurei isso. E5

Se as pessoas soubessem o quanto dói ter um infarto e as conseqüências que ele causa, ter que internar e que podemos evitar que ele se aconte-

ça só se cuidando, se cuidariam mais, agora sei disso e me arrependo e me culpo, sei que a culpada fui eu mesma [...], se soubesse que isso podia ter acontecido comigo, tinha me cuidado mais. E6

Após ter sido diagnosticado o IAM e depois de toda a angústia e sentimento de culpa ao qual o paciente é submetido na hora do ataque cardíaco, surge então a necessidade de internação hospitalar.

Ao ser internado, o paciente percebe então uma ruptura, uma cisão do seu cotidiano, e é nesse momento que surge o sentimento de solidão. Tal fenômeno está bem descrito nas falas abaixo:

[...] como eu estou aqui sozinha, acabo fazendo amizade com minhas companheiras de quarto, só que não é a mesma coisa, com os familiares da gente é outra coisa [...] queria muito que viesse alguém meu pra cá, seria melhor pra mim e não ia me sentir tão sozinha. E7

[...] eu não sinto mais dor não, pelo menos essa dor física [...] A dor que eu sinto é espiritual, só aquela angústia, fico assim angustiada, com esse choro preso que não sai [...] é porque eu estou muito sozinha, aí junta a solidão com o infarto e a comida péssima, aí eu fico assim, diria até que revoltada mesmo. E8

A internação hospitalar acontece súbita e inesperadamente, como na ocorrência do infarto, o transtorno é ainda maior, o que faz com que esses pacientes experienciem sensações de grande sofrimento emocional provocadas pelo medo da morte, medo de ficar inválido, medo do desconhecido, solidão, depressão e angústia⁷.

Além da solidão, outros sentimentos presentes nos depoimentos dos pacientes entrevistados foram a saudade de casa, bem como o sentimento de submissão, tendo os mesmos que se sujeitarem às imposições administrativas e técnicas do hospital, pois ao serem em internados subitamente, tiveram uma cisão brusca de seu cotidiano, foram afastados de sua casa, tudo é decidido por eles, alimentação, vestuário, horário do banho, ou seja, o paciente perde seus direitos enquanto cidadão único que é. Observemos os discursos transcritos:

[...] aqui dentro estou me sentindo sufocado e espero que isso passe logo para eu viver mais tranquilo, né? Não vejo a hora de voltar pra minha velha casinha, que eu gosto tanto e que eu posso

mandar em mim e não tem ninguém me obrigando a fazer o que eu não quero. E2

[...] tive que sair da minha casa né, ficar aqui nesse hospital, não gosto da comida [...] não tenho vontade de comer nada daqui. E5

Para Campos¹² é necessário lembrar que antes de ser um doente, o paciente é uma pessoa que está doente. Só o fato de ser levado ao hospital e ser internado já implica por si só uma quebra do domínio sobre si mesmo, pois, neste caso, passará de uma situação de vida como agente, para uma situação de paciente, tanto no sentido psicológico quanto no orgânico.

Após a hospitalização, surge a possibilidade de uma cirurgia de revascularização do miocárdio, despertando em muitos pacientes, o sentimento de medo, bem como ansiedade em saber se a mesma será ou não necessária ao seu tratamento.

O coração do ponto de vista leigo, é um órgão binário: ou vida ou morte. Um órgão que durante milênios tem sido considerado sede de emoções, fonte do amor e mesmo centro de intelecto. Para Romano¹³, em se tratando de uma possível cirurgia, por mais que os procedimentos técnicos tenham avançado, as fantasias a respeito desse órgão único e centralizador não se amenizam.

As respostas dos pacientes revelam a ocorrência do infarto como acontecimento que desencadeia medo da cirurgia, cada paciente traz suas próprias fantasias, inquietações, medo a respeito da experiência cirúrgica, é o que revela as falas abaixo:

Tenho medo de precisar fazer aquela cirurgia da perna e do coração [...] deve ser perigoso e isso me assusta, espero que não precise me operar pra ficar bom. E1

Tomara que eu não precise me operar, eu vou esperar, né? Eu morro de medo de me operar, não quero mais sentir dor. Medo de não agüentar e morrer, de ficar aleijada, de doer, de tanta coisa. Tô só mais preocupada de saber se vai ou não precisar me operar [...] ansiosa né? E3

[...] estou com medo de ter que fazer aquela cirurgia do coração. E8

A cirurgia seja eletiva ou de emergência, é um evento estressante e complexo. Para Smeltzer e Bare¹⁴, qualquer procedimento cirúrgico é precedido por algum tipo de reação emocional do paciente, seja ela óbvia ou ocul-

ta, normal ou anormal. A ansiedade pré – operatória pode ser uma resposta antecipada a uma experiência que o paciente pode perceber como ameaçadora para seu papel habitual na vida, para sua integridade corporal, ou mesmo para a própria vida.

Passado o estresse ocasionado pelo processo de hospitalização, cirurgia, os pacientes agora relatam as expectativas que possuem em relação ao IAM, fazem planos pro futuro, planejam ter mais cuidado com a saúde, com a alimentação e até mesmo cogitam mudanças no modo de viver. Com a estabilização do quadro clínico o paciente se permite fazer planos e com isso reviver. Pode-se identificar tais expectativas e planos nas falas que se seguem:

Daqui pra frente vou me cuidar, não vou mais nem olhar pra uma carteira de cigarro [...] vou cuidar da minha alimentação. E6

A gente escuta falar por aí que doença no coração é perigoso e que tem sorte quem escapa, mas estou confiante e sei que vou sair daqui, vou tentar pensar mais em mim, na minha saúde a partir de agora [...] vou me cuidar, tomar meus remédios, me alimentar bem. E8

Outra percepção que emerge das falas dos pacientes é a de que o IAM é um acontecimento causador de limitações. Para Ruschel¹¹, representa uma perda por não ter mais a saúde completa, significando também um abalo à sua onipotência, que é uma das características marcantes na personalidade do paciente coronariano. Os pacientes expressam bem essas limitações nas falas abaixo:

Não sou mais o que eu era [...] eu não posso trabalhar [...] Eu não tenho mais trabalho, eu não tenho mais nada. E5

[...] serei uma pessoa com limitações, limitada, né? Agora eu sou outra pessoa. E8

Quando eu sair daqui vou me resguardar mais né? Antes eu ainda trabalhava na roça, mesmo sendo aposentado e agora não vou mais poder fazer isso. E9

Numa outra perspectiva, o IAM é percebido pelos pacientes como um acontecimento que gera impotência e medo de ficar dependente e impossibilita a volta ao trabalho, despertando preocupações a respeito do mesmo,

preocupações essas que se encontram configuradas nas seguintes expressões:

Estou um pouco preocupado com meu trabalho, que trabalho com construção civil né, então acho que não vou mais poder fazer o que eu fazia antes e vou ter que ficar mais em casa [...] preciso sustentar a minha família. E1

[...] eu penso em quando eu sair daqui como é que vai ficar meu trabalho, como lhe falei, ainda não sou aposentado! [...] tenho uma família pra sustentar. E2

Para Smeltzer e Bare¹⁴, o paciente que teve infarto possui algumas preocupações, tais como problemas financeiros, responsabilidades familiares e obrigações trabalhistas. É o que se pode constatar nas falas anteriormente descritas, principalmente nos indivíduos do sexo masculino, onde as preocupações o trabalho são bem mais presentes.

Torna-se claro no presente estudo, a ambigüidade de situações que o paciente infartado vivencia, eclodindo em um leque de sentimentos, questionamentos, indagações que começam a fazer parte do cotidiano do paciente infartado desde o dia do ataque cardíaco, até o retorno às atividades corriqueiras do dia-a-dia. O impacto do IAM ficou bem claro nos relatos dos pacientes, sendo o mesmo provocado por vários motivos, dentre os quais destaca-se: a forma como se manifesta na maioria das vezes, ou seja, abruptamente e o simbolismo que envolve o coração enquanto órgão culturalmente adotado como essencial à vida.

Deste modo, adoecer do coração e sofrer um IAM, remete para cada sujeito uma significação e uma experiência única e singular, geradora de impacto na vida das pessoas por ele acometido, impacto esse merecedor de atenção uma vez que representa fonte de estresse e sofrimento emocional para os pacientes. As

expectativas e o desconforto gerados nos pacientes se iniciam portanto, com o surgimento dos sintomas, continua durante a hospitalização e permanece durante a vida de todos os dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências verbalizadas pelos pacientes permitiram concluir que o IAM desde o início dos sintomas até a possibilidade da morte, representa para eles um acontecimento marcante e inesquecível, acontecimento esse que atinge também suas famílias, figuras essenciais no processo da adaptação à doença. A forma como a doença se manifesta, ou seja, seu início súbito e repentino contribui de forma importante para aumentar os temores e agravar ainda mais todos os sentimentos que eclodem à mente dos pacientes na hora de um ataque cardíaco.

Tais sentimentos, descritos anteriormente como sendo um turbilhão, por serem os mesmos geradores de diferentes temores e angústias, merecem atenção por estarem presentes de forma quase unânime nos discursos relatados, ou seja, são geradores de choque emocional, fontes de estresse, sendo merecedores de cuidados por parte dos profissionais da saúde, dentre eles, o profissional enfermeiro, que tem como foco de atenção o cuidado aos pacientes.

A presente investigação expõe a problemática existencial que envolve os pacientes vítimas de infarto. Tanto contribuiu para uma maior compreensão do tema com semelhanças a estudos anteriores, como trouxe resultados importantes, fato este que confirma sua essência, ou seja, a unicidade, a subjetividade dos sujeitos deve ser considerada possibilitando a percepção do modo de ser e de encarar a doença de cada um, direcionando maneiras de promoção do cuidado, melhorando cada vez mais a nossa prática profissional, como profissão possuidora da arte de saber cuidar do ser humano.

Referências

1. Holanda LS. Medos e expectativas do paciente após infarto agudo do miocárdio. Monografia de término do Curso de Graduação em Enfermagem. Fortaleza(CE): UECE; 1997.
2. Oliveira SC. Doença cardíaca coronariana: qualidade de vida do cliente revascularizado [dissertação de mestrado]. Fortaleza (CE): Centro de Ciências da Saúde - CCS / UECE; 1988.
3. Oliveira CH, Santoro DC. Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas ao cliente com síndrome isquêmica coronariana. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2004 ago; 8(2): 267-74.
4. Mussi FC. Conforto: significados e necessidades na perspectiva do paciente com infarto agudo do miocárdio. [dissertação de mestrado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
5. Svartman B. Adoecer do coração. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 1994 jan / fev; 4(1 supl. A): 5-8.
6. Lamosa BWR. Psicologia aplicada à cardiologia. São Paulo (SP): Fundo Editorial BYK; 1996. Publicação do Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.
7. Santos LM. Vivenciando o infarto e redimensionando a vida. [dissertação de mestrado] Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem / UFE; 1998.
8. Brasil. Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Cad Etica Pesqui* 1998 jul; 1(1): 7-15.
9. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria (RS): Palloti; 2001.
10. Barreto JAE, Moreira RVO, Esmeraldo A J, Frota MP. O elefante e os cegos. Fortaleza (CE): Casa José de Alencar; 1999.
11. Ruschel PP. Quando o coração adoecer. In: Romano, BW. A prática na psicologia hospitalar São Paulo (SP): Pioneira 1994; 3(1): 39-54.
12. Campos TCP. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo (SP) EPU; 1995.
13. Romano BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo (SP): Pioneira; 1994.
14. Smeltzer SC, Bare BG. Enfermagem Médico-cirúrgica, 8ªed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999. v.2.

Sobre as Autoras

Moema Zaranza de Sousa

Acadêmica do 9º período da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Cardiovascular da Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Vera Lúcia Mendes de Oliveira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE e Orientadora da pesquisa.