

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

MARIA SALETE LOPES NATIVIDADE

**OS ESTRESSORES DECORRENTES DO PROCESSO DE
VIVER DE PESSOAS COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Florianópolis

2004

MARIA SALETE LOPES NATIVIDADE

**OS ESTRESSORES DECORRENTES DO PROCESSO DE
VIVER DE PESSOAS COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Dissertação apresentada a o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise M. Guerreiro Viera da Silva

Florianópolis

2004

MARIA SALETE LOPES NATIVIDADE

**OS ESTRESSORES DECORRENTES DO PROCESSO DE
VIVER DE PESSOAS COM DOENÇA ARTERIAL
CORONARIANA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 24 de novembro de 2004, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
- Coordenadora do Programa -

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Denise M. Guerreiro Vieira da Silva
- Presidente –

Dra. Grace T. Marcon Dal Sasso
- Membro -

Dra. Betina H. S. Meirelles
- Membro -

Dra. Eliane R. Pereira do Nascimento
- Suplente -

Dra. Rosemary A. Lentz
- Suplente -

In memoriam:

Aos meus queridos pais, José e Sílvia, por seu amor, ensinamentos e por me fazerem trilhar os primeiros passos como ser humano.

Especialmente à minha mãe, como mulher; por seu exemplo de fortaleza e fragilidade, por mil papéis que desempenhou, por sua luta em incentivar e propiciar educação às suas filhas.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Denise Guerreiro, por seu talento de ensinar, seu conhecimento e sua dedicação, por dispor de seu tempo para orientar-me, persistindo em momentos em que desanimei, incentivando-me quando precisei, requerendo minha atenção quando eu não correspondi. Enfim, as palavras são poucas para traduzir tudo o que ela representa para mim e para a concretização deste estudo.

À nutricionista Marta Irgang, colaboradora do grupo de convivência, parceira desde a fase de planejamento, coadjuvante de todos os encontros.

Ao meu companheiro Vitor, por saber me compreender, por sua paciência e por sua disponibilidade.

Ao meu filho Ricardo, a quem admiro muito, o incentivador deste meu engajamento, por atender aos meus constantes pedidos de ajuda.

Às minhas irmãs, Amélia e Regina, por demonstrarem interesse em ouvir-me quando eu mais precisava e incentivaram-me na continuidade deste projeto.

Aos meus sogros, Nilza e Vitor, companheiros de todas as horas.

À minha amiga Sônia Dutra, por seu constante interesse e incentivo.

À Rita Sandoval que, com suas palavras e exemplo, estimulou-me a iniciar o curso de mestrado, ajudando-me e sempre me oferecendo apoio.

À Eliane Matos, a quem muito admiro por sua capacidade de coordenação e envolvimento com pessoas na gestão do ambulatório e emergência, por sua disposição de fornecer-me apoio, orientando-me na prática assistencial e contribuindo com seu conhecimento, apontando fragilidades no texto escrito.

Aos meus companheiros de labuta no Setor de Hemodinâmica, pelos doze anos e sete meses que passamos juntos, compartilhando acontecimentos

como muitas alegrias, algumas conquistas e, como não poderia ser diferente, algum sofrimento. Especialmente Inês, Madalena, Jaime, Joanildes, Débora, Kleber, Fernanda, e aos médicos, Artur Barreto, Francisco Heinsen, Evandro Dupont e Roberto Heinisch.

Ao primeiro Chefe do Serviço de Cardiologia e responsável pelo setor de Hemodinâmica, Dr. Luiz Carlos Santiago, pelo seu contínuo prestígio e consideração com a presença da enfermeira no setor.

À Tânia Rabelo Soares, Rosangela e Salete, componentes valiosos do Serviço de Enfermagem Ambulatorial, por sua contribuição no desenvolvimento da Prática Assistencial e seu apoio às atividades que desempenhei como enfermeira.

Às companheiras de mestrado Marisa e Selo, por seus incentivos nos momentos de dificuldade, pelo companheirismo.

À Sabrina por ajudar-me em alguns momentos e a enfermeira Zeca pela disposição a ajudar.

Às enfermeiras Lúcia e Bete por sua boa vontade nas coberturas do Setor de Hemodinâmica quando necessitei.

Às alunas de biblioteconomia, Ivana, Kelly e Ângela pelo auxílio nas primeiras pesquisas bibliográficas.

A todas as pessoas componentes da Pós-Graduação de Enfermagem, por seu esforço em proporcionar um ensino e atenção de qualidade durante o curso de mestrado.

Às prof^{as}. da disciplina Projetos Assistenciais de Enfermagem, Dra. Maria do Horto Cartana, Vânia Backes e Telma Carraro, por tornar tudo mais simples, possível e agradável ao meu olhar de aluna.

À prof^a Rosângela Calza por se mostrar sempre disposta em contribuir com seu conhecimento no projeto inicial para o concurso e, na etapa final do mestrado, com a revisão deste estudo.

Às prof^{as} Dra. Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Prof^a Dra. Betina

Hörner S. Meirelles prof^a Dra.Eliane Regina Pereira do Nascimento, prof^a Dra.Marta Lenise Prado, Prof^a Dda. Nádia Chiodeli Salum, e Prof^a Dra. Rosemary Andrade Lentz, por contribuírem com seu conhecimentos, experiências e por gentilmente terem aceito comporem a banca para a qualificação e de sustentação desta dissertação.

A todos os participantes deste estudo, por sua disponibilidade e interesse em contribuir com seu processo de viver, inspiradores nesta minha experiência de enfermeira e aluna.

A tantos outros, não mencionados aqui, que de algum modo contribuíram ao longo do percurso à conclusão deste estudo.

Ao meu querido HU, que nunca será esquecido por me ter proporcionado um trabalho em que pude expressar minha maneira de pensar, fazer e ser enfermeira. Em especial, pela possibilidade de aprender no convívio diário com as pessoas.

A Deus, pelo dom da vida, por guiar-me nos momentos difíceis, por não me deixar esmorecer ao longo do caminho e me energizar com o prazer de viver.

NATIVIDADE, Maria Salete Lopes. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana**. 2004. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis

RESUMO

A condição crônica estabelece o surgimento de estressores decorrentes da relação entre a pessoa e o ambiente, exigindo suprimento de suas demandas. Este estudo, de cunho qualitativo, do tipo Convergente-Assistencial, teve como objetivo conhecer os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana (DAC). Foi desenvolvido no setor de hemodinâmica de um hospital de ensino do município de Florianópolis, orientado pelo referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984). Integraram-no treze pessoas com DAC, de ambos os sexos, na faixa etária entre 34 e 69 anos, sendo a maioria aposentados que realizaram cateterismo cardíaco na instituição. Os dados foram coletados em cinco reuniões do grupo de convivência. A partir deste grupo, selecionaram-se três pessoas para consultas de enfermagem e seis para entrevistas, buscando aprofundamento das informações. Os dados foram registrados através de gravação em fita cassete e, posteriormente, transcritos. A análise incluiu a leitura e releitura das transcrições, codificação, categorização e interpretação dos dados. Os resultados identificaram as seguintes categorias: **perdas** na capacidade física, no trabalho, nos relacionamentos sociais, no prazer de fumar e no prazer da alimentação; **ameaças**, relacionadas ao medo da morte, à preocupação com o futuro, ao temor de realização da cirurgia; e **desafios**, relacionados ao seguimento do tratamento: tomar medicamento, fazer acompanhamento médico, exames e internações, fazer dieta e exercícios físicos e realizar cirurgia cardíaca. Para os integrantes, as perdas relacionadas à capacidade física restringem as atividades diárias, comprometem sua autonomia, gerando dependência e limitação no cotidiano. Compromete também seu trabalho e as relações sociais, pois afeta seu papel na família e na sociedade. Ter que abandonar algo que dá prazer, como o prazer de fumar e o prazer na alimentação, afetam seu viver. Os integrantes do estudo consideram a DAC como ameaça pela percepção da fragilidade e dependência do desempenho de um órgão e a possibilidade do afastamento das pessoas que amam. A ameaça envolve a perda do controle e a imprevisibilidade de algo vir acontecer, representada pelas complicações a que estão sujeitos e pela necessidade de manter o compromisso no âmbito da família, do trabalho e consigo mesmo. A DAC, como desafio de seguir o tratamento, é referido como a necessidade de assumir novos hábitos, arcar com custos financeiro, buscar recursos e encarar o surgimento de efeitos colaterais dos medicamentos. O acompanhamento médico, exames e internações demandam tempo e energia para manter todos os compromissos, além da exposição a risco e dependência de cuidados profissionais. Fazer dieta e exercício é percebido como desafio por requerer novos conhecimentos, mudanças de hábitos e crença num futuro bem-estar. Os estressores decorrentes da DAC provocam impacto, impondo mudanças significativas no estilo de vida e no cotidiano na vida das pessoas.

Palavras-chave: Estressores; doença arterial coronariana; pessoas.

ABSTRACT

The process of decorent stress in people living with coronal artery disease

The cronic condition establish the apearance of decorent stress in the relation between person and his enviroment, demanding the limitation of his demands. This research from the point of qualitative view, the Assisted-Convergent type, had as an objective to know the process of decorent stress in the people living with coronal arteria disease [CAD]. This was desenvolved in the setor of hemodynamic of a teaching hospital of the municipal of Florianopolis-SC/Br, oriented by the theory of Lazarus and Folkman [1984]. Intergrated-in thirteen people with CAD, of both sexes, between 34 and 69 years old, many retired, many that underwent cardial catetry in the institution. The datas were collected in five meetings of the living group. From this group three people were selected to consult the hospital and six for interviews, searching deep into informations. The datas were registered through cassette tapes and later typed. The analysis include the reading and rereading of materials, codification, categorization and interpretation of datas. The results identify the following categories; **loss** in the physical capacity, at work, in social relationament, in the pleasure of smoking, in pleasure of aliments ; **treat** relateded to the fear of death and preoccupation with the future, with the fear of realizing the surgery and **tasks** relateded with the treatment; taking medicine, accompany medical exams and hospitalization, doing physical exercise and diet and having cardiac surgery. To intergrants, the loss related to physical capacity limits daily activity, compromising its autonomy, creating independence and normality, also compromise his work and social relations, because it affects your role in the familly and the society. To let go something that gives pleasure like smoking and eating pleasure afects your existence. The group intergrants considers CAD as a treat because knowing the fragility and dependence of the working of an organ and the possibility of afasting loved ones. The treat involves loss of controle and imprevisility that something might happens, represented by complications that they have to deal with and the necessity of maintaining compromise in the familly ambiente, work and with themselves. The CAD as a challenge to follow the treatment is referred to as a necessity of taking on new habits, dealing with financial costs, look for funding and facing the colaterals effects of medicines. The medical follow up, exams and hospitalization time demanding, the energy to maintain all tasks, apart from the exposure to risks and dependent on the caring of professionals. Doing diet and exercise is known as a task of new understanding, changing of habits and belief in good health in the future, the decorents of CAD provoke impact, creating significant changes in the life style and the normality in peoples life.

RESUMEN

Los estresores consecuentes del proceso de vida de las personas portadoras de enfermedad arterial coronaria

La condición crónica provoca la aparición de estresores decurrentes de la relación entre la persona y el medio ambiente, exigiendo un suplimento de sus demandas. Estudio de naturaleza cualitativa, de tipo Convergente-Asistencial, tuvo como objetivo conocer los estresores consecuentes del proceso de vida de las personas con una enfermedad coronaria (DAC). Fue realizado en el servicio de hemodinámica de un hospital académico de la municipalidad de Florianópolis, basado en el referencial teórico de Lazarus y Folkman (1984). Participaron trece personas con diagnóstico de DAC, de ambos sexos, grupo etario entre 34 y 69 años, en su mayoría jubilados, quienes se realizaron el cateterismo cardíaco en dicha institución. Los datos fueron recoletados mediante cinco reuniones en el grupo de convivencia. A partir de este grupo se seleccionaron tres personas para las consultas de enfermería y seis personas para las entrevistas, con el propósito de profundizar las informaciones. Los datos se registraron através de la grabación en cintas de casset y posteriormente fueron transcritos. El análisis incluye la lectura y la revisión de la lectura de las transcripciones, la codificación, la categorización y la interpretación de los datos. Los resultados identificaron las siguientes categorías: las **pérdidas** en la capacidad física, en el trabajo, en las relaciones sociales, en el placer de fumar, en el placer de la alimentación; las **amenazas** con respecto al miedo de la muerte, la preocupación con el futuro, el temor de la cirugía y los **desafíos** con relación a la continuación del tratamiento: el tomar medicamento, hacer el acompañamiento médico, los exámenes e internaciones, el hacer dieta y ejercicios físicos y realizar la cirugía cardíaca. Para los integrantes, las pérdidas relacionadas a la capacidad física se restringen a las actividades diarias, comprometen su autonomía, provocando una dependencia y una limitación en el cotidiano. También, comprometen su trabajo, las relaciones sociales, puesto que, afecta su rol en la familia y en la sociedad. Tener que abandonar algo que da placer, tales como, el placer de fumar y el placer en la alimentación afectan su proceso de vida. Los participantes del estudio consideran la DAC como una amenaza, debido a la percepción de la fragilidad y la dependencia del desempeño de un órgano y a la posibilidad del distanciamiento de las personas que ellos aman. La amenaza envuelve la pérdida del control y por la incerteza y/o duda de que algo malo pueda acontecer, representada por las complicaciones a que estos están expuestos y por la necesidad de conservar el compromiso en el ámbito familiar, laboral y personal. La DAC como un grande desafío de continuar el tratamiento es manifestado mediante: la necesidad de asumir nuevos hábitos, asumir los costos financieros, buscar recursos y enfrentar la aparición de los efectos secundarios de los medicamentos. El acompañamiento médico, los exámenes y los internamientos demandan tiempo, energía para mantener todos los compromisos, además de la exposición al riesgo y la dependencia de cuidados profesionales. Hacer dieta y los ejercicios son percibidos como un desafío por requerir de nuevos conocimientos, cambios de hábitos y la creencia en un futuro bienestar. Los estresores decurrentes de la DAC provocan un impacto, imponiendo cambios significativas para su estilo de vida y en el día a día en la vida de estas personas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	- Ácido Acetil Salicílico
ACTP	- Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
AI	- Angina Instável
ATC	- Angioplastia Transluminal Convencional
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
cp	- comprimido
DAC	- Doença arterial Coronariana
DM	- Diabetes Mellitus
ECG	- Eletrocardiograma
FUNCOR	- Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	- Índice de massa corporal
IS	- Isquemia Silenciosa
HA	- Hipertensão Arterial
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL-C	- Lipoproteína de alta densidade – Colesterol
Kg	- Kilograma
LDL-C	- Lipoproteína de baixa densidade – Colesterol
m	- metro
mg	- miligrama
mg/dl	- miligrama por decilitro
mmHg	- milímetro de mercúrio
MS	- Morte Súbita
NUCRON	- Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde
RC	- Reabilitação Cardíaca
RCV	- Reabilitação Cardiovascular
SOCERJ	- Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro
SUS	- Sistema Único de Saúde
TE	- Teste Ergométrico
TG	- Triglicerídio
VE	- Ventrículo Esquerdo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Representação das pessoas do estudo por sexo, idade, data de realização e indicação do cateterismo cardíaco	67
--	----

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	11
LITA DE QUADROS	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo geral.....	19
1.2 Objetivos específicos.....	20
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 Epidemiologia da doença arterial coronariana	21
2.2 História das descobertas relacionadas à DAC	22
2.3 A doença arterial coronariana	26
2.4 Sobre fatores de risco, avaliação e alguns exames.....	29
2.4.1 O cateterismo cardíaco	33
2.5 Cuidados e tratamento	35
2.5.1 Assistência de Enfermagem à pessoa com DAC.....	43
2.6 O viver em condição crônica de saúde – a DAC	47
2.7 A doença como um evento estressor	50
3 REFERENCIAL TEÓRICO	54
3.1 Estresse	54
3.1.1 Prejuízo/Perda.....	58
3.1.2 Ameaça	59
3.1.3 Desafio.....	60
3.1.4 Ser Humano	61
3.1.5 Enfermagem.....	61
3.1.6 Saúde	62
3.1.7 Condição crônica de saúde	62
3.1.8 Ambiente	63
4 METODOLOGIA.....	65
4.1 Local da pesquisa.....	65
4.2 Sujeitos da pesquisa.....	66
4.3 Coleta de dados	68
4.3.1 Grupo de convivência.....	68
4.3.2 Consulta de Enfermagem.....	75
4.3.3 Entrevistas	80
4.4 Análise dos dados.....	81
4.5 Aspectos éticos.....	83
5 OS ESTRESSORES DECORRENTES DO PROCESSO DE VIVER DE PESSOAS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC).....	88
5.1 DAC como perda	90
5.1.1 Perdas na capacidade física	90
5.1.2 Perdas no trabalho	93
5.1.3 Perdas nos relacionamentos sociais.....	99
5.1.4 Perda do prazer de fumar.....	100
5.1.5 Perda do prazer da alimentação	104
5.2 DAC como ameaça.....	106

5.2.1 O medo da morte	107
5.2.2 A preocupação com o futuro	109
5.2.3 O temor da realização da cirurgia.....	112
5.3 DAC como desafio	115
5.3.1 Tomar medicamento	115
5.3.1 Acompanhamento médico, exames e internações	118
5.3.3 Fazer dieta.....	121
5.3.4 Fazer exercício físico.....	123
5.3.5 Realização de cirurgia	126
5.4 O referencial teórico como orientador de prática e de pesquisa.....	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
APÊNDICE	143
ANEXO.....	146

1 INTRODUÇÃO

Num hospital geral de Florianópolis, especificamente no Serviço de Enfermagem Ambulatorial, a partir de 1981 tive a oportunidade de desenvolver um trabalho com pessoas em situação crônica de saúde, principalmente com pessoas com diabetes e com problemas respiratórios. A partir dessa época, adquiri afinidade e senti estar comprometida com pessoas nessa condição. A responsabilidade e o desafio de fazer Consulta de Enfermagem e trabalhar em Grupos, voltados para Educação em Saúde, foi, com o passar do tempo, tornando-se mais consistente e com possibilidades transformadoras.

Em 1990 surgiu a oportunidade de atuar no Setor de Hemodinâmica, uma área de trabalho nova, despertando meu interesse e com a qual logo me envolvi na implantação da assistência de Enfermagem. As atividades iniciaram a partir de 1991 com realização de exames de cateterismo cardíaco e arteriografia seletiva, em caráter ambulatorial e de internação, principalmente atendendo a demanda do hospital.

Internamente, procurei organizar e buscar ajuda com os enfermeiros do Centro de Material e Esterilização e com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, pois, durante a minha fase de prática percebi alguma dificuldade em manter princípios científicos preconizados pela Enfermagem em todas as etapas do procedimento. Desejava manter-me dentro do rigor de minhas crenças e valores profissionais e com responsabilidade de estabelecer padrões para rotina no serviço. Tudo isso culminou na elaboração de um manual de rotinas assistenciais e procedimentos para o Estudo Hemodinâmico em dezembro de 1990, que norteou, desde o início, as atividades e que até hoje orienta a prática de Enfermagem desenvolvida neste hospital.

Em decorrência da minha vivência no Setor de Hemodinâmica, no atendimento às pessoas com problemas cardiovasculares, especificamente àquelas em situação de Doença Arterial Coronariana - DAC, tenho levantado alguns questionamentos no meu dia-a-dia. Com este estudo, pretendia conhecer os estressores com os quais as pessoas se defrontam ao experienciar a DAC, decorrentes das mudanças desse processo no seu viver cotidiano.

Observei, em minha prática profissional, que, repentinamente, essas pessoas se vêm afastadas de seu lar, de seu trabalho, tornam-se dependentes de cuidados de profissionais da saúde quando internadas, e de familiares, o que pode envolvê-las em grande conflito pessoal e social, gerando sofrimento.

Desse modo, toda pessoa que será submetida ao cateterismo cardíaco necessita estar preparada para enfrentar essa situação, requerendo informações sobre o que vai fazer, o porquê, o que se espera e o que pode ser feito por ela.

Foi nessa perspectiva, de superar essas dificuldades, que me propus à realização de uma prática assistencial no mestrado, com a possibilidade para estabelecer uma modalidade de cuidado de Enfermagem, contribuindo para que as pessoas pudessem enfrentar sua condição de uma forma mais saudável. Com essa proposta de prática de Enfermagem desenvolvida, pretendi pela prática assistencial, a favorecer as pessoas com Doença Arterial Coronariana a ultrapassarem suas dificuldades e limitações e a explorarem novos desafios. Foi nessa experiência que desenvolvi o estudo que aqui está sendo apresentado.

Ballone (2002) afirma que a DAC pode se desenvolver sem expressar sintomas durante vários anos e, quando aparece, normalmente, surge na segunda metade da vida. Nessa situação, os processos fisiopatológicos coronarianos de longo prazo estão relacionados à disfunção endotelial e a lesões escleróticas; por outro lado, os processos de curto prazo resultam de complicações agudas, como a ruptura da placa de ateroma. Como consequência, forma trombos, isquemia miocárdica e desenvolve arritmias ventriculares.

Da Luz (2003) destaca que cerca de 40% das pessoas com doenças coronarianas não apresentam os chamados fatores clássicos de risco. Salienta, ainda, que é preocupante tal ocorrência, quando se sabe que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte do País (33% do total) e que de cada dez vítimas, em média seis são do sexo masculino. Além disso, destaca que o grande problema consiste em que o Infarto Agudo do Miocárdio - IAM ocorre em 40% dos casos de DAC, como primeira manifestação. Esse tem um índice de mortalidade de 8%, segundo um estudo feito entre 1600 infartados atendidos pelo Hospital do Coração, em São Paulo (DA LUZ, 2003). Baseado nesses dados, salienta a importância dos exames preventivos de

rotina, identificando a aterosclerose precoce a partir dos 35 anos. Muitas pessoas desconhecem que “uma dor de barriga ou no braço”, por exemplo, pode ser um sintoma de infarto e adiam à procura de atendimento. Isso compromete o miocárdio, e seis horas depois, pode haver falência cardíaca. Recomenda que uma revisão com certa frequência do sistema cardiovascular tornou-se mais necessária em vista do estresse diário a que todos estão expostos.

Da Luz e Favarato (1999) salientam que na DAC não existe uma relação precisa entre os sintomas anginosos e a extensão do comprometimento coronário ou a função ventricular. Com alguma frequência, encontram-se indivíduos com angina recente e com atividades físicas normais até o início dos sintomas. Nos exames de coronariografia, são detectadas lesões bi ou tri-arteriais significativas, comprovando o desenvolvimento de lesões muito antes do surgimento dos sintomas.

Esses mesmos autores afirmam que a DAC, em mulheres, manifesta-se mais tardiamente que nos homens, aproximadamente 10 anos mais tarde. Essa diferença é atribuída ao efeito protetor dos hormônios femininos durante sua fase reprodutiva, considerando que não são encontradas diferenças de prevalência de fatores de risco no mesmo tipo de lesão. Apesar disso, afirmam que a investigação da DAC, na mulher, deve ser realizada do mesmo modo do que nos homens, pois a doença tem implicância evolutiva ou de prognóstico semelhante em ambos os sexos, levando-se em conta ser a doença cardiovascular a causa mais importante de morte na mulher, superior mesmo à soma da mortalidade por cânceres ginecológicos, tais como de útero, mama e ovário.

A elevada incidência de Doença Arterial Coronariana e suas implicações à população em geral refletem a amplitude do problema e as dimensões do cuidado de saúde requerido, conferindo um desafio aos profissionais de saúde, às instituições e aos planos de saúde governamentais - o Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue atingir a demanda. Percebe-se, também, a necessidade de uma formação profissional mais humanizada, sensível às questões básicas, tais como: Como compreender a experiência da pessoa “estar doente”? Como acontecem suas relações sociais com o ambiente? Quais os seus significados culturais; o momento específico vivido? Geralmente, os profissionais demonstram preocupar-se no que se refere à adesão ao tratamento, conferindo, nesse cuidado, uma ineficaz investigação e interpretação da

condição de vida da pessoa, do contexto cultural no qual está inserida e do suporte social a que está sujeita.

A DAC provoca o surgimento de novos estressores, que necessitam ser enfrentados pelas pessoas. Desse modo, pretendi, neste estudo, ampliar meus conhecimentos sobre as pessoas experienciando a DAC, considerando os novos questionamentos surgidos e que apontam limitação no meu entendimento do processo de estresse das pessoas no viver sua condição crônica.

Subsidiei-me, também, para o desenvolvimento do estudo no trabalho grupal proposto pelo Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde - NUCRON, no qual me integrei pela identificação com a preocupação e o desafio com a qualidade de vida das pessoas em situação crônica.

Trabalhei com a clientela atendida no Setor de Hemodinâmica do hospital, porque me considero comprometida e sensibilizada com essas pessoas, além da facilidade pelo vínculo de trabalho anterior, desenvolvido durante a assistência de Enfermagem no cateterismo cardíaco e nos encontros de grupo nos quais participaram.

Acredito que este estudo poderá contribuir com outros profissionais interessados em desenvolver estudos para aprimorar seus conhecimentos e favorecer uma assistência mais apropriada às situações das pessoas atendidas, como também possibilitar à elaboração de um programa de reabilitação cardíaca, por intermédio de grupos de convivência.

Para fundamentar teoricamente este estudo, utilizei-me de trabalhos já realizados pela Enfermagem com pessoas em condição crônica de saúde, especialmente aqueles que aplicaram o referencial teórico do estresse e do enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984), como Silva (1990, 1997) e Martins (1995).

O estresse psicológico decorre de uma relação particular entre a pessoa e o ambiente. É avaliado pela pessoa como consumindo ou excedendo seus recursos e ameaçando seu bem estar, considerando as características da pessoa e a natureza da situação (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), a doença impõe constantes mudanças de ordem física, social e psicológica, tanto quanto a necessidade de ajustar-se a uma nova

situação e de utilizar estratégias de enfrentamento nesse processo. Essas mudanças são eventos estressores, avaliados pelas pessoas como relevantes, do tipo perda ou dano/prejuízo, ameaça e/ou desafio.

O estressor representa uma série de mudanças no estilo e na qualidade de vida, repercutindo no modo do dia-a-dia, gerando conflitos e eventos relacionados às questões psicossociais e ambientais.

A relação da pessoa com DAC e seu meio ambiente exigem habilidades para suprir as demandas requeridas, desde o modo de lidar com a dor, com as incapacidades, em seguir o tratamento, etc. Para estabelecer como se expressa o estresse e os estressores decorrentes da DAC, é preciso conhecer esse processo em que a pessoa vive, suas experiências e as mudanças que podem afetar e comprometer seu viver.

Acredito que a DAC desencadeia um processo de estresse na pessoa, influenciado pelo significado da doença para ela, refletindo experiências pessoais vividas anteriormente, informação e/ou conhecimento, adquiridos social e culturalmente, além de crenças, valores e habilidades desenvolvidas com base na sua relação de troca com outras pessoas e seu ambiente.

Percebo a necessidade de investir, com maior ênfase, no conhecimento do processo de estresse, com o intuito de promover uma melhor compreensão da situação vivenciada e favorecer as condições para um cuidado em saúde que privilegie a inclusão e co-participação em sua reabilitação, acreditando ser possível uma condição mais qualificada de ser saudável. Além disso, esta pesquisa poderá contribuir com a Enfermagem e com outros profissionais de saúde, com o seu envolvimento em práticas assistenciais convergentes, numa perspectiva de promoção e educação em saúde, proporcionando benefícios à sociedade de maneira mais geral.

A intenção deste estudo foi encontrar resposta à questão: **“Quais os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com Doença Arterial Coronariana?”**

1.1 Objetivo geral

Conhecer os estressores do processo de viver de pessoas com Doença Arterial

Coronariana, assistidas no setor de hemodinâmica de um Hospital Geral, no município de Florianópolis.

1.2 Objetivos específicos

1. Identificar os principais estressores decorrentes do processo de viver das pessoas com DAC.
2. Refletir sobre os estressores identificados à luz do referencial de Lazarus e Folkman.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia da doença arterial coronariana

De acordo com Bueno (2001), as doenças cardiovasculares são associadas, atualmente, às elevadas taxas de mortalidade no mundo, sendo responsáveis por cerca de 1 milhão de óbitos nos Estados Unidos a cada ano. No Brasil, no ano de 1998, as doenças coronarianas foram responsáveis por 244.602 mortes, representando um terço do total dos óbitos anuais.

Bloch et al (2003) declaram ser o impacto social das doenças cardiovasculares muito alto, implicando em elevados custos econômicos, mortes prematuras e na existência de diferenças regionais significativas no Brasil, como consequência de diferenciada condição do desenvolvimento socioeconômico.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a doença cardiovascular persistiu como líder em mortalidade no Brasil, com cerca de 300 mil mortes/ano de origem isquêmica, considerada uma emergência médica com elevado índice de mortalidade antes de o indivíduo chegar ao hospital. Os estudos pontuam a concentração em morte súbita, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Recomendam a identificação das pessoas com risco aumentado, para desenvolver eventos isquêmicos, para tratá-los convenientemente, contribuindo desse modo, para a redução de mortalidade por doença coronariana no Brasil.

Gauí et al (1999) destacam que o advento de terapia trombolítica provocou uma redução de mortalidade nos primeiros 35 dias em pessoas com IAM, equivalendo à redução de 21 mortes por 1000 pessoas tratadas. Estima-se que 35 por 1000 pessoas tratadas sejam salvas com a terapia trombolítica, iniciada na primeira hora após o início dos sintomas. O número sobe para 16 vidas salvas quando iniciado o tratamento das pessoas entre 7 e 12 horas. O pico de maior benefício ocorre nas primeiras 6 horas, a partir do início dos sintomas do evento.

Souza et al (2001), em suas pesquisas no Brasil, afirmam que a mortalidade por

doença isquêmica do coração foi mais importante na região Sul e no Sudeste, com crescimento na região Centro-Oeste. Deixam explícito que os dados de informação do Ministério de Saúde têm limites, impostos por problemas como erros de diagnósticos, deficiências no preenchimento de declaração de óbito, morte por causa não esclarecida e erros na digitação.

2.2 História das descobertas relacionadas à DAC

Utilizei como referência o trabalho de Sarmiento-Leite, Krepsky e Gottschall (2001), sobre a história da Cardiologia no período de 1901 a 2001, para a exposição a seguir.

Em 1901, o alemão Krull afirmou que a trombose coronária nem sempre provocava morte súbita, mas havia risco de complicações, como aneurisma ventricular e ruptura miocárdica. Einthoven, em 1902, criou o principal instrumento para diagnóstico do IAM, o eletrocardiograma (ECG), cuja validade é ainda reconhecida. Obrastov, Strazhesko e Herrich, confirmaram posteriormente estas observações, além de caracterizarem as fases clínicas do IAM e diferenciarem o diagnóstico relacionado à angina de peito. Com a sobrevivência das pessoas ao IAM, a atenção dos cientistas direcionou à terapêutica.

Em 1912, James Herrich e associados descreveram pela primeira vez o IAM, determinando o repouso na recuperação pós-infarto - orientação única como terapêutica na época e que permaneceu até os anos 50. Neste tipo de terapêutica, as pessoas tinham restrição no leito por seis semanas, sendo que na primeira semana, eram impedidas de movimento e de alimentarem-se sozinhos. Foi Herrich o introdutor do eletrocardiograma como instrumento para o diagnóstico do IAM.

Em 1923, Wearn descreveu a primeira série consecutiva de 19 pessoas com diagnóstico clinicopatológico de infarto, prescrevendo repouso absoluto, restrição hídrica e uso de digitálicos àqueles com congestão pulmonar. Usou cafeína e cânfora para prevenir e tratar a hipotensão, síncope e bloqueios de condução cardíaca.

Após cinco anos, Parkinson e Bedford experimentaram o uso de morfina para dor em uma série de 100 pessoas com IAM. Na época, nitratos eram contra-indicados, pelo risco de hipotensão e repouso era recomendado por maior tempo.

Em 1929, Samuel Levine editou o primeiro livro sobre o tema, com descrição sobre frequência, risco de arritmias, valor de detecção precoce, indicando uso de quinidina nas taquicardias ventriculares e adrenalina em bloqueios cardíacos e síncope. Em 1930, Mallorly e associados explicaram que o processo de evolução de necrose miocárdica tem duração de 6 semanas, recomendando repouso no leito de 6 a 8 semanas e não subir escadas ou fazer atividades extremas indefinitivamente. O retorno ao trabalho era considerado impossível. Levin e Lown modificaram esta atitude, questionando o repouso prolongado, propondo terapia em Silla como uma alternativa (GUERRA, 2001; SARMENTO-LEITE, KREPSKY e GOTTSCHALL, 2001).

Na década de 50, o IAM já era considerado a maior causa de morte nos países desenvolvidos e um grande problema de saúde pública. Bernard Lown permitia às pessoas deixarem o leito precocemente, sentarem numa poltrona e caminharem, diminuindo o tempo de recuperação e retorno às atividades diárias. O manejo farmacológico evoluiu e a necessidade de reposição intensa de líquidos e de oxigênio também. Nas décadas de 50 e 60, Fletcher e Verstraete, de modo experimental, foram os pioneiros no uso dos trombolíticos.

Na segunda metade do século XX, Desmond Julian, na Grã-Bretanha, introduziu as unidades de cuidados coronarianos. Em 1959, Brummer e colegas difundiram a movimentação leve das pessoas após 14 dias do infarto. Nos anos 60, a Organização Mundial de Saúde – OMS, estabeleceu as linhas dos programas da Reabilitação Cardíaca nas pessoas com problemas cardíacos na prática em países como Canadá, EUA, Alemanha, França, Holanda, Bélgica, Hungria, Rússia e outros; e, mais tarde, em países hispânicos, como o México por exemplo. Cain e associados, em 1961, divulgaram a eficácia e segurança em um programa de atividade física gradual. Estabeleceram mudança de atitude com a movimentação, em etapas leves, pós-infarto para compreensão de que as pessoas estavam fora de perigo quando em movimentação, por outro lado, alterando o risco de complicação provocado pelo repouso prolongado, como a embolia pulmonar e descondicionamento físico

(GUERRA, 2001).

Guerra (2001) relata que, em 1968, em Genebra – Suíça, a Organização Mundial de Saúde, em conjunto com a Sociedade Internacional de Cardiologia, pela primeira vez, define a Reabilitação Cardíaca (RC), tornando-a uma prática indispensável e importante em muitos países. No início dos anos 70, surgem clínicas e centros de reabilitação cardíaca, primeiramente na Europa, posteriormente no Canadá e EUA, Alemanha, França, Holanda, Bélgica, Hungria, Rússia e mais tarde, nos países da América Latina, incluindo o México.

O advento da cirurgia cardíaca com pontes safena e mamária assumiu papel importante na revascularização miocárdica. Esse tipo de procedimento iniciou com a implantação de ponte safena em 1968, na *Cleveland Clinic*, pelo argentino René Favaro, para restabelecer maior fluxo de sangue ao músculo cardíaco à área isquêmica que sofreu alguma obstrução (AZEVEDO, 1998).

Nos anos 70, Chazov e colegas e Rentrop e colegas introduziram a infusão intracoronariana de estreptoquinase para dissolver trombos no local, reduzindo a extensão e o tamanho do infarto, constituindo um avanço na Cardiologia. A dificuldade da injeção intracoronariana, contudo, era um recurso limitante. Posteriormente, estabeleceu-se que a infusão intravenosa era possível e equivalente a intracoronariana.

Em 1977, Andréas Gruentzig empregou pela primeira vez a angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP) como tratamento alternativo, por causa da limitação do uso dos agentes trombolíticos na reperfusão miocárdica (AZEVEDO, 1998; SARMENTO-LEITE, KREPSKY E GOTTSCHALL, 2001).

Na década de 80, conceitos sobre a oclusão total das coronárias por trombo, no decorrer das primeiras horas do início do infarto, e estudos pilotos publicados nessa década, associavam a angioplastia primária com agente trombolítico. Posteriormente, explicaram uma inadequada terapia antitrombolítica, estando associada aos resultados insatisfatórios. Em 1982, Hartzler e colegas utilizaram a técnica angioplastia primária como tratamento do IAM.

Em 1986, o primeiro estudo foi de um grupo italiano (conhecido por GISSI), cujo objetivo foi avaliar a eficácia da estreptoquinase via intravenosa contra placebo,

com 11 mil pessoas. Demonstrou a facilidade e segurança dos agentes trombolíticos como tratamento padrão, reduzindo a taxa de mortalidade.

Na década de 90, a angioplastia passou a ser difundida, ampliando seu uso com resultados de menor isquemia recorrente e menor índice de reestenose local. Nessa década, a Cardiologia intervencionista desenvolveu avanços na reperfusão. O maior deles iniciou com a associação da angioplastia com o implante de *stent* dentro da artéria, no local em que a placa de ateroma foi comprimida pelo balão insuflado do catéter. Tornou-se um fato sua aplicação na fase aguda, confirmados por vários estudos, demonstrando sua superioridade à angioplastia convencional, interferindo na redução de reestenose e de novas intervenções.

Gauí et al (1999), em Diretrizes para o tratamento do IAM da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro - SOCERJ, elaboraram um documento aos profissionais de saúde que lidam no cotidiano com a suspeita e diagnóstico estabelecido de IAM. As manifestações fisiopatológicas da DAC, na sua forma mais aguda (infarto agudo do miocárdio), podem acontecer inesperadamente e, às vezes, são ignoradas pela pessoa e sua família. A pessoa sob essa suspeita procura pronto-atendimento (Emergência), requerendo a avaliação diagnóstica e terapêutica o mais rápido possível, pelo favorecimento oferecido por uma reperfusão precoce.

Murad-Neto et al (2004, p. 349), utilizou *“nova técnica de infusão de células-tronco retrógrada pelo seio coronariano, em homem de 63 anos, com história familiar positiva de doença coronariana e antecedente de infarto agudo do miocárdio”*. Segundo seus relatos, essa experiência com células-tronco tem sido utilizada em cães desde 1962. Em 1973, apresentou estudo no II Simpósio Nacional de Aterosclerose, em São Paulo.

As células-tronco adultas são retiradas da medula óssea e são usadas no tratamento do IAM. Os benefícios advindos são melhorias da função ventricular e da perfusão miocárdica e diminuição do tamanho do infarto miocárdio. Esta técnica foi utilizada pela primeira vez em seres humanos, no Serviço do Dr. Fernandez Viña, na Argentina. Até este momento, foi realizada esta técnica de transplante de células-tronco em dois pacientes com infarto agudo do miocárdio (MURAD-NETO et al, 2004).

Os mesmos autores referem haver duas outras vias de aplicação de células-tronco, que têm sido utilizadas: a infusão intracoronariana anterógrada e a via transendocárdica, usando cateter NOGA e mapeamento eletromecânico para identificar o miocárdio viável, onde então as células mononucleares são injetadas.

2.3 A doença arterial coronariana

A Doença Arterial Coronariana resulta do estreitamento das artérias coronárias, devido a depósitos de gordura nas suas paredes internas. Esse estreitamento reduz o fluxo de sangue para o coração e aumenta os riscos de bloqueio da artéria por um coágulo de sangue, resultando em Infarto Agudo do Miocárdio. O estreitamento das artérias coronárias desencadeia, freqüentemente, dor ou pressão no peito, conhecida por angina. É considerada uma dor localizada, que pode irradiar-se para o ombro ou braço esquerdo, ou para o pescoço e a mandíbula. Geralmente, pode ocorrer durante a prática de exercícios, estresse ou esforço, principalmente em climas de baixas temperaturas (GAUI et al, 1999). Segundo Gaudi et al (1999), o processo agudo trombolítico oclusivo da artéria coronária acontece em uma placa aterosclerótica vulnerável, determinando o desenvolvimento da necrose miocárdica, requerendo o rápido e efetivo restabelecimento do fluxo sanguíneo, pelo uso de drogas trombolíticas e/ou angioplastia primária, repercutindo na redução da mortalidade e na preservação da função ventricular. Ainda são recomendados para a realização do diagnóstico, critérios como história ou dor precordial do tipo isquêmica, alterações evolutivas no ECG e nos marcadores séricos de necrose miocárdica.

Da Luz e Favarato (1999), relatam estudos de necropsia feitos por alguns estudiosos em crianças, adolescentes e adultos com aproximadamente 25 anos, vítimas de morte violenta. Essas pesquisas indicaram que a aterosclerose coronária iniciava já na adolescência e suas alterações remontavam à infância. Contudo, as primeiras manifestações clínicas só surgiam na idade adulta, com freqüência a partir da quarta década de vida. Essas descobertas determinaram que a doença apresenta um longo

percurso de evolução silenciosa prévia a qualquer manifestação de Insuficiência Coronária clínica, assumindo diversas formas dentro da Doença Arterial Coronariana – DAC, incluindo:

- a) **Angina estável** - caracteriza-se por ataques anginosos repetidos, podendo evoluir por meses ou anos. A isquemia é desencadeada por esforço físico ou emoções, sendo aliviada pelo repouso ou com uso de vasodilatadores. O limiar para angina varia e na condição de função ventricular normal, é compatível com qualidade de vida aceitável;
- b) **Insuficiência cardíaca** - associada à DAC basicamente por duas condições: miocardiopatia isquêmica e acinesia/discinesia (aneurisma) do ventrículo esquerdo. A miocardiopatia isquêmica é a disfunção ventricular, acontecendo hipocontratibilidade difusa e dilatação de origem isquêmica. Acinesia ou aneurisma do ventrículo é uma disfunção mecânica de segmentação do ventrículo secundária a infarto;
- c) **Isquemia silenciosa (IS)** - ocorre em praticamente todos as pessoas com angina apresentando episódios numerosos de isquemia sem dor. Equivale de 75% a 92% da total de isquemia, podendo ser diagnosticada por teste ergométrico (TE) e por Holter. Detectada em cerca de 3% dos indivíduos da população normal e em 30% dos indivíduos assintomáticos, após infarto do miocárdio. Tem significado importante na saúde da população devido ao risco pela ausência de mecanismo clássico de alarme isquêmico, a dor. Em decorrência, causa morte súbita (MS) na maioria dos casos;
- d) **Isquemia coronária aguda** – relaciona-se a fenômenos de ruptura de placa de aterosclerose e superposição de trombose nesses locais; enquadra-se a angina instável, o infarto não-Q e o infarto com onda Q. A trombose é de curta duração e oclui parcialmente a artéria; está associado a quadros de angina instável. Se a trombose é mais persistente, a oclusão total associa-se ao infarto do miocárdio. Pode ocorrer em indivíduos com história de angina progressiva, como pode ser a primeira manifestação da DAC;

- e) **Morte Súbita** – constitui o evento que leva o indivíduo à morte, fato nem sempre observado nas demais formas de isquemia aguda. Responsável por cerca de 1/3 das mortes por DAC. Pode ser por arritmias malignas primárias, como taquicardia ventricular degenerada para fibrilação ventricular ou fibrilação ventricular associada à isquemia aguda.

Gauí et al (1999) descrevem a dor como geralmente precordial, retroesternal, do tipo constritiva, em aperto, queimação ou peso, de duração maior que 30 minutos, com ou sem irradiação (pode ser mandibular, dorsal, região epigástrica, membros superiores ou todo o precórdio). Surge com náuseas, sudorese, vômito, diarreia, palidez cutânea e mal estar geral. Destacam a existência de casos em que a pessoa não apresenta queixa de dor torácica, mas com características aproximadas de dor tipo astenia e cansaço, podendo ser acompanhada por dispnéia aos esforços ou noturna ou edema pulmonar agudo. Ocorre em significativo número de pessoas a fase considerada superaguda do IAM, com ECG normal ou alterações insignificantes, mas que exige atitude de maior observação para diagnóstico, através de ECG em série para uma definição final.

A dor torácica ou outros sintomas sugestivos de angina têm sido liberados das emergências, fato que nos Estados Unidos tem acarretado 20% de processos legais contra médicos por erro no diagnóstico e tratamento das síndromes isquêmicas agudas. Enquanto no Brasil somente recentemente essa situação tem provocado a introdução de unidades de dor torácicas nas instituições, nos EUA tem sido preconizada já desde 1981 (SOUZA, MANFROI e POLANCZYK, 2002).

A dor cardíaca isquêmica tem origem no miocárdio, local em que as terminações nervosas são como receptores sensitivos. Os estímulos cardíacos são enviados por fibras nervosas aferentes até o corno dorsal da medula. Posteriormente, seguem via trato espino-talâmico até o tálamo e, seqüencialmente, ao córtex, local de codificação do estímulo cardíaco (CATHCART, SCHREIBER, HEINISCH, 2000).

A Doença Arterial Coronariana acomete as pessoas em decorrência de um ou mais fatores de risco, provocando formação de uma placa ateromatosa aderida à camada íntima arterial, obstruindo uma artéria coronária do miocárdio. Essa obstrução

dificulta a passagem do sangue, culminando em isquemia nesse local, ou progredindo até ruptura e deslocamento dessa placa da parede interna do vaso sanguíneo.

Apropriadamente, Ballone (2002) ressalta ser o ritmo alucinante dos dias atuais, a transitoriedade dos fatos, das pessoas e dos valores, a supremacia do bem material, o individualismo crescente, a ausência da solidariedade e a urgência do tempo e do sucesso, os responsáveis pela possibilidade de surgimento de novas doenças como, por exemplo, a DAC. Quando ela acontece de uma maneira súbita, apropria-se do ser, tornando-o refém de ameaça, modificando a trajetória de seu viver e de sua família. Ballone (2002), Sasso (1994) e SOCERJ (1999), nos seus relatos, afirmam que essa doença precede e é responsável pelo desencadear de Morte Súbita, Infarto Agudo do Miocárdio e Crise de Angina. Ao mesmo tempo, apontam que essas fases agudas podem ser evitadas com uma correta abordagem terapêutica na fase crônica, desde uma intervenção centrada na correção da Dislipidemia, de tratamento antiisquêmico e de mudança no estilo de vida do ser humano.

Silva e Damasceno (1999) sugerem que, em geral, a DAC instala-se de modo súbito, como o infarto agudo do miocárdio. Entretanto, faz com que a pessoa conviva com suas conseqüências para o resto da vida, ocasionando abalo emocional importante, tanto à pessoa quanto à sua família, podendo inclusive ocorrer morte súbita, como já apresentado por outros autores.

Azevedo (1998), em seu trabalho, diz que por ser um acontecimento súbito, inesperado, uma ameaça à vida, provoca uma desorganização na vida da pessoa que a vivencia, como também na dos seus familiares, comprometendo o processo de viver no seu contexto. O conhecimento dos cuidados, crenças e valores culturais das pessoas são importantes para focalizar o fenômeno sob uma ótica, ultrapassando a dimensão biológica e abrangendo outras dimensões históricas, contextualizadas, única do ser humano.

2.4 Sobre fatores de risco, avaliação e alguns exames

Estudos do Banco Mundial, em 1991, citados por Dantas e Aguilar (1998),

revelam que o fator de risco individual mais importante à doença do adulto, no Brasil, é a desigualdade do sistema econômico e social, que está relacionado ao estresse.

Da Silva (2003, p.6) apresenta a definição de fator de risco utilizada por Stamler, em 1991: “qualquer hábito ou característica que possa ser usada para prover a probabilidade de um indivíduo desenvolver a doença”.

Laurenti e Buchalla (2001) relatam, no seu estudo, que é bastante representativa a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração, por acidente vascular cerebral, na faixa etária de 35 a 64 anos de idade, no Brasil e em países desenvolvidos. Apesar de a doença isquêmica do coração ser menos comum na mulher pré-menopáusia, parece haver uma relação com o avanço tecnológico e a exposição da mulher aos fatores de risco para DAC como tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemia e associações com hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e uso de anticoncepcionais orais.

Laurenti e Buchalla (2001) e Nicolau et al (2001a) afirmam que, até os 65 anos, a DAC é muito mais prevalente na população masculina, e a partir de 80 anos é equivalente em ambos os sexos.

Pereira et al (2002), admitem que a etiologia multifatorial da doença coronariana está relacionada a indicadores de risco, dos quais alguns podem ser modificados por meio de intervenções efetivas. Estudos esclarecem que os fatores de risco, quando em contínua atividade, como tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, além do sobrepeso e inadequação de hábitos alimentares, favorecem a progressão da lesão coronariana, agravando o prognóstico da pessoa. Destacam, também, que a persistência das alterações está relacionada às deficiências das orientações e acompanhamento das correções dos fatores de risco possíveis de serem controlados.

Da Silva (2003), explica que a dislipidemia é um importante fator de risco cardiovascular, constatado ser maior entre indivíduos com Diabetes Mellitus - DM, com mesmo grau de obesidade. Destaca que a orientação terapêutica da dislipidemia para pessoas com DAC resulta em diminuição do risco de eventos após seis meses de tratamento, inclusive impedindo o surgimento de novas lesões. Estudos em sete países apontaram o consumo de gordura saturada superior a 15% de calorias diárias,

apresentando maior concentração de colesterol e maior mortalidade.

Bloch et al (2003) consideram a Hipertensão Arterial (HA) um fator de risco cardiovascular importante e sua prevalência no Brasil foi estimada entre 10 e 40%. Ressaltam a relevância sob o ponto de vista da saúde pública, quando há concordância de hipertensão em casais, como maneira de identificar pessoas, pois têm duas vezes mais possibilidade de possuírem um parceiro hipertenso em relação a uma pessoa normotensa, fato importante, por ser a hipertensão assintomática até estágios avançados. Recomendam ser uma estratégia preventiva atuar junto a casais, para se tornarem mais motivados, principalmente relacionados a mudar hábitos alimentares e atividade física do que pessoas isoladas.

O sedentarismo favorece o surgimento da DAC e interfere nos resultados do tratamento. O indivíduo sedentário tem seu estilo de vida voltado completamente para manter seus compromissos de trabalho e seu lazer, raramente envolve algum esforço, exercício físico ou esportes. Entendendo-se estilo de vida por escolhas, oportunidades sociais decorrentes da condição sócio-econômica, associados aos hábitos alimentares, as atividades diárias, ao trabalho e lazer (ANDRADE, 2001).

O tabagismo enquadra-se entre os fatores de risco alteráveis. O consumo de cigarro, na atualidade, atinge elevadas cifras na maioria dos países desenvolvidos; sendo estimado haver um bilhão de fumantes no mundo. No Brasil, atinge o índice de 3,3 milhões de fumantes. No Estado de São Paulo, existem 45% dos fumantes do sexo masculino e 32% do sexo feminino. No estudo do perfil de pessoas com infarto do miocárdio, em 1996, foi encontrado que 80% das pessoas eram fumantes ou ex-fumantes, de uma amostra de 45 indivíduos. Por isso, consideram a necessidade de priorizarem-se medidas de prevenção primária para modificação desse fator de risco cardiovascular (DANTAS apud STUCHI e CARVALHO, 2003).

Colombo et al (2003) alertam que a obesidade está associada ao elevado índice de mortalidade por inúmeras doenças crônicas, principalmente por doença cardiovascular, como fator de risco para a DAC, demonstrado pelo estudo de Framingham a evidência do ganho de peso aumentar este risco. Ressaltam a importância das intervenções educacionais junto aos indivíduos, como possibilidade de adotar comportamentos mais positivos em saúde.

Souza, Manfroi e Polanczyk (2002), declaram que ações contínuas de clínicos, cientistas, órgãos oficiais e a comunidade em geral, buscam, precocemente, identificar indivíduos desenvolvendo um quadro de isquemia miocárdica aguda, sendo uma preocupação constante as conseqüências socioeconômicas negativas, advindas da possibilidade de indivíduos, em faixa produtiva, serem acometidos por Infarto Agudo do Miocárdio.

Essa abordagem nos consensos da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ, 1999) e a relevância da temática e dos fatos para a Cardiologia do Estado, levaram conceituados profissionais na esfera científica a elaborar uma série de recomendações para reflexões de maior interesse à sua prática.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia/FUNCOR (2002), atesta que a criação de unidades para atendimento de dor torácica de urgência, o aperfeiçoamento dos cardiologistas e o aumento de centros especializados, como o Sistema de Cineangiocardiografia Digital, possibilitaram ao mesmo tempo diagnosticar e realizar uma revascularização miocárdica com angioplastia percutânea, sem o risco de uma cirurgia cardíaca. Esse recurso tem contribuído muito para mudar a estatística de morbimortalidade da população, intervindo dessa maneira, na situação epidemiológica das pessoas cardíacas no Brasil e em outros países.

Dentre os exames cardiológicos, o Eletrocardiograma é o mais simples e possível de identificar as alterações mais comuns do coração. Em alguns casos, porém, pode acusar normalidade e necessitar maior investigação, ou até fazê-lo em série para obter um diagnóstico diferenciado (SOUZA, MANFROI e POLANCZYK, 2002).

Souza, Manfroi e Polanczyk (2002), afirmam ser o Teste Ergométrico um auxílio no prognóstico de pessoas na situação de 4 a 7 dias após evento agudo e define suas condutas. Utilizado previamente ao cateterismo, prediz a existência de cardiopatias isquêmica.

Nicolau et al (2001a), diz que a Ecocardiografia Doppler é realizada para detecção da DAC e para traçar seu prognóstico. A Ecocardiografia convencional não faz distinção entre a isquemia e a necrose miocárdica agudas.

A Cintilografia miocárdica e a Ecocardiografia de estresse são indicados para avaliar a extensão do evento, a função do ventrículo esquerdo (VE) e a viabilidade

miocárdica (NICOLAU et al, 2001a).

2.4.1 O cateterismo cardíaco

O cateterismo cardíaco constitui o principal procedimento realizado no Setor de Hemodinâmica em que foi realizado o estudo. Consistiu em uma oportunidade para desenvolver este estudo com as pessoas que se submetiam ao exame na tentativa de resolver seu problema de saúde, muitas vezes, em situação de crise, requerendo internar na unidade intensiva. Por outro lado, o interesse foi despertado em compreender o processo de viver da pessoa com a DAC. Os profissionais podem estabelecer vínculos com essas pessoas e podem contribuir na compreensão do processo de viver com a doença. Contudo, os profissionais necessitam compreender o processo de vivência das pessoas, quando em situação crônica de saúde, com a DAC. Um dos impasses acontece pela necessidade de realizar um exame, ou seja, o cateterismo cardíaco. Ele é muito invasivo, algumas vezes, requer internação, provoca o medo do desconhecido e o medo do resultado.

Campos (1998) menciona que o coração humano foi cateterizado, em 1929, por Werner Forssmann, ao introduzir um cateter no seu próprio átrio direito. Tal fato impulsionou um avanço na descoberta e estudos de anatomia normal e patológica, surgindo então as especialidades de cardiologia, diagnóstico e tratamento. Posteriormente, na década de 90, essa área passou a ser denominada de Cardiologia Intervencionista, e tem evoluído de modo a preservar a vida, tendendo a continuar em novas descobertas em prol do ser humano.

A estratégia por cateterismo cardíaco é considerada um método insubstituível de diagnóstico, com abordagem precoce para os indivíduos cardíacos em situação crônica ou aguda, na qual o risco intermediário e alto são avaliados rotineiramente. Com o objetivo de complementar a estratificação prognóstica, contribui para identificar uma apropriada medida terapêutica (clínica, revascularização percutânea ou cirúrgica) e estudar a anatomia coronariana e a função ventricular por angiografia. Possui a capacidade de definir a história natural da doença coronariana obstrutiva, nas pessoas com problemas cardíacos (NICOLAU et al, 2001b).

O estudo hemodinâmico permite a visualização direta da luz coronariana e a avaliação do funcionamento do ventrículo, com suas medidas de pressões intracardíacas e a realização de Cinecoronariografia e Ventriculografia com contraste radiológico. Há possibilidade freqüente de indicação de revascularização miocárdica por via percutânea ou cirúrgica com base nos resultados anatômicos da Coronariografia (NICOLAU et al, 2001b).

O cateterismo cardíaco, segundo Martinez Filho (1988) e Garcia et al (1997), compreendendo Estudo Hemodinâmico e Cineangiocardiografia, tem fundamental importância ao diagnóstico e à orientação terapêutica, também por modificar a história natural das mais severas cardiopatias. As indicações do cateterismo cardíaco são baseadas na análise do quadro clínico e sua evolução. A principal indicação da realização de cateterismo cardíaco é angina de peito, infarto agudo do miocárdio que compõem a DAC, ou até mesmo para esclarecimento quanto a suspeita do diagnóstico.

Nicolau et al (2001a), em Diretrizes de Angina Instável, expressam que a estratégia por cateterismo cardíaco permite precocemente identificar 10-20% de indivíduos sem lesões ou com obstruções coronárias consideradas não significativas hemodinamicamente. Em 50% é agilizada sua alta hospitalar obtendo elevado prognóstico. Também, identificam 5-10% de indivíduos com lesão de tronco significativo e 40-50% de pessoas com obstrução multiarterial, com ou sem disfunção ventricular e tem indicação para revascularização miocárdica.

Os indivíduos submetidos ao cateterismo cardíaco sofrem de doenças com causas multifatoriais e dos fatores de risco, a hereditariedade, o sexo, a raça e a idade são fatores não modificáveis. Garcia et al (1997), relatam que a aterosclerose coronária é a principal causa de obstrução coronariana.

No cateterismo cardíaco, o resultado depende de uma avaliação subjetiva do hemodinamicista e de sua experiência de analisador, da qualidade do filme ou de imagem digital num sistema mais avançado. Por esse motivo, esses diversos elementos podem se tornar limitantes ao interferir no resultado, além da necessidade de equipamento adequado e equipe de saúde com competência.

Atualmente, o sistema digital gera imagens que são gravadas em CD, como acontece neste hospital e em outras instituições, em Florianópolis. Esse procedimento

agiliza o processo de execução do laudo médico após o exame, diminuindo os custos do serviço, fornecendo vantagens financeiras e de espaço, facilitando o arquivamento dos exames, possibilitando a cópia das imagens e acesso a estas em qualquer consultório médico, revertendo em benefício da clientela.

2.5 Cuidados e tratamento

Novos conhecimentos e tecnologia vêm surgindo para contribuir e possibilitar a algumas pessoas o acesso às inovações em melhores condições, para preservar e integrar essas pessoas no seu contexto social, profissional e familiar, oportunizando uma vivência mais digna, com qualidade e mais saudável. A oportunidade de acesso a todos inexistente mesmo com a introdução do SUS, pois, geralmente, quando há postos de saúde, faltam profissionais, equipamentos e medicamentos.

Azevedo (1998) destaca avanços de investimentos na recuperação das pessoas com técnicas modernas, fornecendo novas opções terapêuticas à doença, desde a identificação de tratamentos das arritmias cardíacas até às intervenções empregadas com sucesso, como os agentes trombolíticos utilizados para restaurar o fluxo sanguíneo do miocárdio.

Zornoff et al (2002) referem a introdução de novas intervenções terapêuticas, nos últimos anos, baseadas em evidências de ensaios clínicos, resultando na diminuição da morbidade e no aumento da sobrevivência, após o IAM. Citam, entre as estratégias, o uso de terapias de reperfusão, antiagregantes plaquetários, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores beta-adrenérgicos. Em seus estudos encontraram que os betabloqueadores continuam sendo subutilizados, considerando seu benefício após o IAM e sugerem a existência de alguma resistência pelos clínicos com esse tipo de medicamento.

Sarmento-Leite, Krepsky e Gottschall (2001), abordam a respeito da evolução da Cardiologia, em termos de descobertas e tratamentos, dos farmacológicos, procedimentos invasivos às reabilitações necessárias para retorno social da pessoa, após evento cardíaco. Gauri et al (1999) em diretrizes para o tratamento do IAM, e Da

Luz e Favarato (1999), relatam e explicam como vêm sendo feitos o tratamento da DAC, alguns exames e outras medidas adotadas nesse controle, como as seguintes:

- Terapia Trombolítica – medida segura, simples e eficaz à administração das drogas trombolíticas por via venosa, diminuem a mortalidade e as complicações do IAM. Pode ser realizada em salas de emergência, com recursos mínimos como um desfibrilador e monitor cardíaco. O trombolítico em uso no Brasil é a Estreptoquinase, por ser menor o seu custo. Sarmiento-Leite, Krepsky e Gottschall (2001) declaram ser o efeito benéfico dos trombolíticos dependente do fator tempo, por reduzirem a mortalidade e protegerem contra eventos mórbidos associados (choque cardiogênico e insuficiência cardíaca).
- Os Betabloqueadores – diminuem a frequência cardíaca e o estado contrátil do miocárdio (inotropismo negativo), reduzindo o consumo de oxigênio e aumentando o enchimento coronário, prolongando, dessa forma, a diástole.
- A terapia hipolipemiante utiliza medicamentos para reduzir a lipoproteína de baixa densidade – colesterol (LDL – C) em adultos como as Vastatinas ou as Estatinas. A dosagem é estabelecida pelo médico para atingir as metas propostas para cada pessoa, por tempo indeterminado. Comumente, a dislipidemia acontece associada com outros fatores de risco, requerendo ser tratada. Isso determina a importância da associação das medidas preventivas para controle de todos os fatores de risco (SANTOS, 2001).

Verri et al (2003), em seus estudos, recomendam a associação da Sinvastatina com a terapia convencional das pessoas com angina estável, pelo benefício advindo, como redução da isquemia por esforço e pode ser aplicado às pessoas que estão impossibilitadas à terapêutica invasiva.

Santos et al (2001, p.11) destacam a “redução do LDL – C em adultos de 18 a 55% em média”. Salientam que

as Vastatinas reduzem eventos isquêmicos coronários, necessidade de

revascularização miocárdica, mortalidade cardíaca e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Elevam a lipoproteína de alta densidade – colesterol (HDL – C) de 5 a 15 % e reduzem o Triglicéridios (TG) de 7 a 30 % (SANTOS et al, 2001).

- Anticoagulantes utilizados – a heparina não fracionada no IAM, após Angioplastia Transluminal Convencional (ATC) ou revascularização do miocárdio.
- A Angioplastia no IAM – aplicada como alternativa eficiente. A utilização de dispositivo intracoronário (*stent*) superou limitações da Angioplastia como: reinfarto, isquemia recorrente no hospital, reoclusão, reinfarto tardio, lesões complexas de acesso e taxas de reestenose (20 a 40%). A disponibilidade de condições ideais inexistente na maioria dos hospitais no Brasil, em menos de 20% dos hospitais nos EUA e em menos de 10% na Europa têm facilidade para angioplastia primária. Azevedo (1998) explica que a Angioplastia consiste na introdução de um cateter na artéria por acesso braquial ou femoral, até o sítio da obstrução. Pela insuflação do balão existente na ponta do cateter, é comprimida a placa de ateroma no local, visualizando-se por angiografia, possibilitando à pessoa retornar, após 48 horas ao seu ritmo de vida compatível a anterior.

Wajngarten e Oliveira (2003) consideram ser mais apropriada para pessoas com DAC e acima de 80 anos, a revascularização percutânea, até mesmo com lesões multiarteriais, e está sendo mais utilizada pela possibilidade de diminuição das complicações imediatas após a cirurgia, por exemplo, o AVC.

Aponta, ainda, uma série de cuidados após a Angioplastia para controle do estado dessas pessoas, como a utilização de drogas coadjuvantes para tratamento:

- Aspirina e outros antiagregantes plaquetários;
- Oxigênio, pois a hipoxemia é freqüente, necessitando a monitoração com oximetria de pulso;
- Analgesia e sedação com Morfina para vasodilatação arterial e

venosa, e analgesia;

- Nitratos para relaxar a musculatura lisa vascular e diminuir a agregação plaquetária.
- A cirurgia cardíaca, a evolução da medicina cardiovascular, a terapia trombolítica, procedimentos com cateteres, as técnicas cirúrgicas evoluíram e reformularam a preservação miocárdica intra e perioperatórias. Se a função ventricular está preservada, o momento de realização cirúrgica não importa.

Wajngarten e Oliveira (2003) afirmam ser uma vantagem a revascularização, sem uso de circulação extracorpórea por tornar o procedimento mais simples e reduzindo os riscos; e, também a utilização de enxertos arteriais sem a manipulação da aorta, proporcionando benefício aos indivíduos.

Na atualidade, a Cardiologia destaca-se por investir na mudança de alguns conceitos e métodos desenvolvidos como prática ao longo dos anos. Recentemente observa-se que a arte da cardiologia consiste, justamente, em respeitar as preferências dos indivíduos e aliando a experiência clínica com resultados de pesquisa de cunho científico, válidas para decisão (BERWANGER, AVEZUM e CAVALCANTE, 2004).

Medicina baseada em Evidência busca inovar-se, estabelecendo padrões mais humanizados na sua conduta. Berwanger, Avezum e Cavalcante (2004, p. 357) declaram que

a análise crítica da literatura médica vem a se somar à experiência clínica individual e às preferências do paciente, no sentido de se instituir condutas médicas que tragam mais benefícios do que prejuízos (BERWANGER, AVEZUM e CAVALCANTE, 2004).

Além do conhecimento científico e dos procedimentos inovadores da área da Medicina em Cardiologia, os programas de Reabilitação Cardíaca, implementados nas diversas instituições, têm assumido relevada importância no contexto social.

Em 1997, foi publicado o *I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular na fase crônica*, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, na revista *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*.

Este Consenso definiu Reabilitação Cardiovascular (RCV) como um ramo de

atuação da cardiologia implementada por equipe multiprofissional, oportunizando a restituição da condição clínica, física, psicológica e laborativa de modo satisfatório à pessoa (GODOY et al, 1997).

Desde o século XIX, há referência de atividade física e doença cardiovascular. Segundo Godoy et al (1997), foram evoluções gradativas, modificando o cenário das doenças cardiovasculares desenvolvidas no decorrer dos anos:

- No período de 1930/1950, foram relatados estudos a respeito de atividade física no sistema cardiovascular. De 1950/1960, foi estimulada a mobilidade precoce das pessoas que sofreram IAM;
- No período de 1960/1977, ocorreram mudanças de hábitos de vida e treinamento físico para pessoas com problemas cardíacos, passando do ostracismo para a retomada das suas atividades física, laborativa e sociais, recuperando o desempenho físico e autoconfiança, por meio de programas de Reabilitação Cardíaca (RC), e implantação de serviços em São Paulo e Rio de Janeiro. Como em outros países, surgiu a febre do exercício para obter um condicionamento físico e preservação da saúde. O Dr. Kenneth Cooper, do Centro Aeróbico de Dallas, Texas, foi o principal responsável pelo fenômeno, salientando as vantagens dos exercícios aeróbicos, com o lançamento do primeiro livro, *Aerobics*, em 1968;
- No período de 1977/1996, ocorreu o I Congresso Mundial de Reabilitação Cardíaca (RC), em 1977, em Hamburgo, na Alemanha. Nesse ano foi implantado o serviço de Reabilitação Cardíaca da Fundação Hospital de Santa Catarina, em São Paulo. Em 1981, Franciosa e associados descreveram as modificações do exercício físico e estimularam o treinamento a pessoas com insuficiência cardíaca crônica. Em 1982, foi implantado, nos Estados Unidos, o *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, responsável por aprimoramento, incorporando avaliação e pesquisa na área. Também em 1982, aconteceu o I Simpósio de Ergometria e Reabilitação Cardiovascular, em São José do Rio Preto, São Paulo. A RC iniciada

para pessoas com DAC, abrange hoje uma série de outras doenças, principalmente na fase pós-operatória de cirurgias cardíacas. Em 1994, no II Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial das Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia, foi considerado que a atividade física deve se parte do tratamento não farmacológico ou associado da Hipertensão Arterial (HA), preconizando a ser estimulada às pessoas.

Determinados os aspectos legais e econômicos da reabilitação cardiovascular e os programas comunitários, a equipe multiprofissional participa na abordagem do programa, em todos os aspectos que envolvem a vida da pessoa, atuando para alcançar os objetivos estabelecidos. Por isso, além do médico, devem participar fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais. Com relação aos aspectos econômicos, para RC devem ser selecionadas pessoas com baixo risco de eventos cardiovasculares e de baixo custo (aquelas que tem acompanhamento periódico com os profissionais). A meta é reduzir o custo do uso de medicamentos, principalmente a longo prazo. Aspectos éticos relacionados à realização com reconhecimento científico, metodologia estabelecida, com resultados comprovados, mantêm sistema de trabalho em equipe subordinado e regido por normas e pela legislação da comissão de ética médica. Tem local próprio, equipamento, materiais e medicamentos para ser utilizado no programa, quando necessário. O programa deve seguir protocolo consagrado e com especialista cardiologista habilitado. Consentimento informado deve ser instituído para que a pessoa assine e seu conteúdo deve ser claro e explícito. Programa comunitário é indicado para pessoas com condição estável, com orientação médica, para ser treinado na sua rotina diária e estimular à mudança de estilo de vida. Programas nas empresas — desenvolvido em empresas, com orientação de profissional de educação física ou fisioterapeuta, com predominância de exercício de alongamentos e aeróbico leve. Pessoas acima dos 40 anos necessitam fazer avaliação cardiológica (GODOY et al, 1997).

Nos dias atuais, já aconteceram algumas modificações dessas diretrizes de acordo com o grupo estabelecido e de interesse em manter um programa de RC. As

instituições, fora do âmbito hospitalar, desenvolvem programas para condicionamento físico de pessoas com interesse ou risco de desenvolver doença cardíaca e até de outras origens.

Segundo Bassan e Dohmann (1999), a Reabilitação Cardíaca (RC) reduziu 25% na mortalidade cardiovascular. O aumento da atividade física está associado à diminuição de mortalidade em ambos os sexos, com utilização de medidas dietéticas, mudanças de hábitos de vida e uso de drogas. Tais medidas são a forma terapêutica mais eficaz de redução do número de novos surtos isquêmicos, contribuindo de forma decisiva para a redução da mortalidade.

A Reabilitação cardíaca requer a participação de diferentes membros da equipe de saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Segundo Guerra (2001), a enfermeira no programa RC assume o papel cada vez mais amplo, intervindo na valorização, estratificação de risco, treinamento e supervisão das pessoas com problemas cardíacos e atividades educativas. Além disso, coordena alguns centros de RC, capacita outras categorias da Enfermagem nessa área e intervém na realização de pesquisa.

Os métodos de RC procuram incentivar as pessoas com DAC para movimentação precoce, condicionamento físico supervisionado, modificação dos fatores de risco, orientação vocacional, apoio emocional, diminuição do trabalho cardíaco, diminuindo consumo miocárdio de oxigênio e modificações dos fatores de risco. Procuram alcançar resultados para melhorar a qualidade de vida das pessoas e sua reincorporação familiar, profissional e social.

Azevedo (1998) explica que o avanço científico e tecnológico tem representado uma contribuição no tratamento das doenças cardíacas - dentre essas a DAC - possibilitando às pessoas retomar o percurso de sua vida em todos os sentidos.

Marinho (2002, p. 71) aponta que “a reabilitação cardíaca não deve ser apenas concentrada nos programas formais e sofisticados, mas a uma mudança no estilo de vida que pode abranger e controlar os fatores de risco”.

No Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, desenvolve-se um programa educativo, por equipe multiprofissional de prevenção secundária da DAC, com objetivo de propiciar acesso técnico e científico

da cardiopatia para integração institucional e de intervir no tratamento para aumentar a adesão e favorecer a prevenção. Definir propostas e temas para serem desenvolvidos no programa são esforços para obter um maior sucesso dos objetivos junto à clientela, com o uso de um modelo psicossomático de atuação multiprofissional direcionado à saúde e ao tratamento de doenças orgânicas (MARINHO, 2002).

A reabilitação cardíaca do HU Clementino Fraga Filho, no Rio de Janeiro “surgiu do conceito de mobilização precoce depois do IAM, em clientes não complicados clinicamente, com o único objetivo de promover condicionamento físico através do exercício” (STIPP, 1995, p.4).

Stipp (1995) relata que o programa possui objetivo para curto e longo prazo. Constatam dos objetivos de curto prazo recondicionamento físico para retorno às atividades rotineiras, educação das pessoas e seus familiares sobre processo doença e fornecimento de suporte psicológico na fase aguda do convalescer. De longo prazo, os objetivos são identificar fatores de risco por influenciar na progressão da doença, ensinar e fortalecer hábitos saudáveis, melhorar o prognóstico da doença, o condicionamento físico e o retorno ao trabalho.

Oliveira Filho (2002) afirma estar a Reabilitação Cardíaca sendo empreendida como procedimento de rotina para o tratamento da DAC. Podendo realizar-se em clínicas especializadas, denominada RC supervisionada, em domicílios ou praças públicas, denominada por RC não-supervisionada, por acontecer à distância.

Segundo ele, a reabilitação supervisionada tem abrangência a um número restrito de pessoas, visto as dificuldades de local, equipamentos, pessoal, envolvendo elevado custo operacional.

Por outro lado, a reabilitação não-supervisionada, com objetivo de exercitar pessoas sob supervisão à distância, atinge um maior número de indivíduos, é de baixo risco isquêmico para o exercício físico, considerado segura sua realização sob esta forma. Ainda, destaca que as pessoas com DAC “apresentam restrição espontânea da atividade física, independente de orientação médica. Este comportamento defensivo interfere nas atividades laborativas, recreacionais, pessoais e inclusive, no relacionamento sexual” (OLIVEIRA FILHO, 2002, p.233).

Da Silva (2003) afirma que o tratamento da DAC ser de elevado custo para as

peças, sendo pouco investido em prevenção e medicamentos, agravando a situação, provocando abandono da terapêutica pelas condições econômicas ou porque o serviço público não disponibiliza o medicamento.

2.5.1 Assistência de Enfermagem à pessoa com DAC

Sasso (1994, p. 29), relata, em seu estudo, que a assistência de Enfermagem desenvolve uma prática, na qual há fragmentação, com visão do “ser humano em partes e fora de seu contexto social, principalmente nas instituições hospitalares”. E que “o cuidado as pessoas com DAC é padronizado, rotineiro, estruturado e desenvolvido para todos que apresentam este tipo de problema”. Sua crítica envolve uma assistência verticalizada e unilateral em que o enfermeiro procura transferir seu conhecimento.

Sasso (1994, p. 30), salienta ainda a necessidade de desenvolver um cuidado “humanizado, inteiro, respeitando profundamente as características e os direitos de cada ser humano”. Reforça ser o papel do enfermeiro ajudar as pessoas a cuidarem de sua saúde, conscientes de possuir um ‘saber técnico’.

Na atualidade, há forte corrente defendendo a discussão do cuidado a ser prestado às pessoas serem incorporados de humanização, na qual se repudia a visão de cuidar apenas de um corpo, porque é um ser que possui vontade, capacidade de tomar decisões, de expressar seus sentimentos. As pessoas com DAC compartilham com o profissional o seu saber, sua vivência e este por sua vez, expressa o seu pensar, não apenas técnico, mas imbuído de sentimento, do estar junto, possibilitando a troca de experiência, numa relação mais completa.

Stipp (1995) desenvolveu estudo com pessoas com DAC atendidas no Setor de Reabilitação Cardíaca (RC), do Hospital Clementino Fraga Filho, sobre a representação do cliente com Doença coronariana. Ressalta que a enfermeira possui uma ligação com toda a clientela e a família, e na maioria das vezes, procura atender as solicitações e reclamações. Afirma ser relevante a relação profissional com o cliente para os cuidados de pessoas com DAC. As pessoas freqüentam o hospital para participar do programa de RC três vezes na semana. Esse atendimento provoca segurança e ao mesmo tempo dependência. Quando as pessoas recebem alta do

programa, surge a preocupação e o medo de possíveis alterações de sua saúde, além de surgir o estressor decorrente da perda do vínculo com a entidade com afastamento dos conhecidos de quem se aproximaram nesse percurso, ou seja, sua rede social.

Azevedo (1998) desenvolveu um estudo sobre abordagem cultural no cuidado da pessoa com IAM, na unidade de terapia intensiva durante a hospitalização, na cidade de Cuiabá. Aponta a falta de privacidade e o afastamento da família como problemas percebidos, tornando este um local de tensão. A autora afirma que a doença provoca desorganização pessoal e social, além de invalidar pessoas em todas as fases de sua vida. Nessa visão cultural, o profissional enfermeiro não contribui apenas com habilidades técnicas, mas compreende as diversas dimensões no processo de cuidar, intervindo e auxiliando as pessoas a olharem de modo reorganizado sua profissão.

É salientado ainda por Azevedo (1998), que o enfermeiro possui um papel social, ao ajudar pessoas com IAM a desempenharem novos papéis no confronto com a doença/cuidado. Destaca que não só o cliente, mas também a Enfermagem pode mudar seus valores e posições.

Gastaldi (2000), em estudo sobre o cuidado à pessoas com problemas cardíacos, afirma que há necessidade de cuidados quando as pessoas estão internadas, mas também pós-alta hospitalar. Refere que através de grupos de convivência, a Enfermagem pode atuar em qualquer âmbito como educador. Os grupos de convivência constituem alternativa relevante para prática educativa às pessoas em condição crônica de saúde, para promover uma melhor qualidade de vida.

Schneider (2002), no seu estudo sobre a atuação do enfermeiro ao cliente com DAC e fatores de risco, objetivou minimizar as complicações advindas da condição e a melhoria da saúde agindo para promover, prevenir e cuidar da saúde. Seu estudo foi desenvolvido em uma clínica de cardiologia privada de Florianópolis, com pessoas adultas, atendidas nas consultas de Enfermagem.

Marinho (2002, p.9) recomenda com seu estudo com clientes infartados, em um hospital de Santa Maria (RS), que “as enfermeiras estabeleçam relações mais pessoais e implicadas com o desejo de favorecer a busca de uma melhor qualidade de vida após a ocorrência de infarto”. Relata que a assistência de Enfermagem à esses clientes inicia desde o momento que ingressa no pronto atendimento do hospital.

Da Silva (2003) em seu estudo com pessoas com angina instável (AI), em um hospital privado no município de Ribeirão Preto, relata que essas pessoas, após alta da unidade coronariana, foram atendidas no domicílio por ser um programa já estabelecido. O hospital dispõe de equipe realizando programas de controle do colesterol, apoio ao tabagista e atividades físicas, além de outros abrangendo outras áreas. Também refere que as pessoas apresentam dificuldades em esclarecer dúvidas quanto às causas da doença, sobre alimentação, atividades físicas que poderiam realizar e se o fumo é prejudicial. Observou que a ameaça como um estressor esteve presente quando relataram medo, angústia e depressão na fase de internação, assim como seus familiares apresentaram dúvidas semelhantes.

Da Silva (2003) ainda preconiza a necessidade de preparo dos profissionais, conscientização da equipe de saúde, organização do atendimento à pessoa em condição crônica, que devem adequar-se à nova realidade. Inclui na recomendação investir na promoção da saúde e prevenção de doença, além da recuperação da pessoa para ter qualidade de vida. Considera essencial a participação do cliente e da família nesse processo, pela necessidade de incrementar as mudanças no estilo de vida e no cotidiano.

Kerber (2001), em seu estudo para reorganização do setor de Hemodinâmica de um hospital privado de Passo fundo (RS), aponta o processo educativo desenvolvido neste local com as pessoas. Ressalta que o diferencial na assistência de Enfermagem consiste em atuar na educação em saúde. As pessoas chegam ao hospital necessitando de informações e cuidados para uma situação da crise que vivência. Considera o enfermeiro preparado para atuar na assistência e na sua capacidade de educador.

Segundo Kerber (2001, p. 48), a educação em saúde requer dos profissionais uma “instrumentalização intelectual, psicológica, organizacional e de relações humanas da equipe que atua junto à pessoa”. Refere que a assistência de Enfermagem em hemodinâmica, até 1999, era ainda muito técnica, sendo um marco a IV Jornada Brasileira de Enfermagem em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, realizada em Curitiba, em 1999. A partir desse período, a Enfermagem demonstrou preocupação com os aspectos psicológicos e sociais, envolvendo as pessoas com DAC e a necessidade de intervenção, não se restringindo apenas no tratamento e no conforto

físico.

O enfermeiro na assistência pode desenvolver um cuidar humanizado, com a visão do ser humano como único, social, capaz de estabelecer relações, compartilhar vivências, possuidor de características muito próprias e que determina a maneira diferenciada de lidar com sua condição crônica.

Dantas e Aguilar (1998), relatam que no atendimento às pessoas com infarto observaram a deficiência no conhecimento sobre causas, prognóstico e comprometimento no seu viver, em decorrência da doença. Apontam que há avanço tecnológico, porém os resultados de educação em saúde se mostram deficientes.

Gastaldi (2000) considera a educação com um sentido de promoção do homem no seu próprio processo construtivo e da sociedade, com duração de uma vida inteira, consistindo em produzir mudanças, rupturas e ajustamentos.

A educação acontece quando o enfermeiro, no papel de educador, possibilita uma reflexão no seu cuidar, compreendendo seu potencial de influenciar e ser influenciado pelas pessoas com DAC, quando estas se defrontam com os estressores, sejam perdas, ameaças e/ou desafios.

Para Sandoval (2003, p.128), a educação pode ser abrangente quando ultrapassa os limites de um espaço e de uma forma corporal, e acontece quando reconhece que “o ser humano, possui crenças, hábitos e valores, além de conhecimentos que fazem parte de seu processo de viver”.

Kerber (2001) aponta como essencial o envolvimento do profissional com a pessoa e a sua família para que a educação em saúde seja facilitada. Considera a educação como fator social determinante, para se tornar cidadão auto-suficiente, quando consciente de suas condições e limitações, capaz de retomar de maneira capacitada para o social, o trabalho e reduzindo o número de reinternações.

Percebe-se que há um destaque sobre a importância da educação em saúde, repercutindo na qualidade de vida das pessoas com DAC, sendo relevante esse papel de educador do enfermeiro em todos os setores intra ou extra-hospitalar e também o modo de realizá-la, seja por meio da consulta de Enfermagem ou grupos de convivência, fazendo parte de programas estabelecidos ou não. A relevância acontece pela necessidade de mudança das complicações em que a população adulta encontra-se

exposta com os fatores de risco, atingindo cada vez mais adultos jovens, tornando-os quase inválidos socialmente.

2.6 O viver em condição crônica de saúde – a DAC

A condição crônica configura-se pela constância, progressão e desencadeia uma série de dificuldades com as quais as pessoas se defrontam no seu processo de viver. Essas dificuldades decorrem da complexidade e gravidade da doença e das estruturas que possui para atender a esses requerimentos, com a intenção de alcançar estabilidade na sua vivência cotidiana. Modificações são impostas, exigindo incorporação à nova situação.

A doença crônica traz novas incumbências, alterando hábitos, envolvendo aprendizagem do regime de tratamento, conhecimento da doença e aprendizagem de como lidar com os desconfortos físicos. Requer, também, lidar com perda da capacidade física para atividades laborativas e de lazer, que provocam ameaça na aparência física e também à vida, e estabelecem perdas nas relações sociais e financeiras (VIEIRA e LIMA, 2002; SILVA, 1990).

As pessoas com problemas cardíacos, quando em condição crônica, estão sujeitas aos índices mais baixos de adesão ao tratamento, que é compreendido com o cumprimento de orientações da equipe de saúde, comparecimento às consultas, realização de exames, uso de medicamentos prescritos, intervenções cirúrgicas e mudanças de comportamento.

Segundo Moniz (2002), essa baixa aderência habitualmente acontece por ser um mal crônico que não provoca mal-estar ou risco imediato, e o tratamento exige mudanças na própria vida. Essa não-adesão traz conseqüências como fracasso terapêutico, elevação do custo econômico, desajuste social e psicológico da própria pessoa.

Moniz (2002) aponta que dois tipos de características interferem no processo: características pessoais e sociais, como idade, sexo, nível sócio-econômico e educacional, personalidade e expectativas; e características da equipe de saúde, como

habilidade para a abordagem temática sobre a doença, tratamento e linguagem utilizada.

Para Kubo et al (2001), os aspectos emocionais e culturais são responsáveis por muitas situações criadas pela barreira na discussão da temática entre a pessoa com o problema e o profissional. Suas dificuldades devem ser avaliadas dentro do contexto específico de cada pessoa. O desconhecimento da dimensão do problema de saúde pode interferir em distúrbios nos relacionamentos entre as pessoas e seus pares, comprometendo a dinâmica familiar, além de dificuldade/limitação no intercuro dessas relações associadas à sintomatologia decorrente da doença, assim como as pessoas que apresentam problemas de relacionamento conjugal e familiar têm dificuldade de expor abertamente seu problema.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à situação de espera de exames ou cirurgia, principalmente quando essa espera se prolonga, provocando desgaste das pessoas da família que se incumbem de marcar, desmarcar, sair em busca de recursos, pois a pessoa com DAC, muitas vezes, não tem capacidade para arcar com esse tipo de compromisso. Todo esse “suspense” de alguma intervenção, torna-se estressante e manifesta-se como dificuldade para dormir, cansaço e sono agitado. Usualmente, a família assume seu papel de suporte emocional diante da compreensão do momento vivido pelas pessoas com DAC.

Irvin (2001) afirma que a espera é percebida sob duas categorias: a espera por decisão e a espera por cirurgia de revascularização. Identificou estressores sentidos por espera no cateterismo cardíaco, no transplante do coração e no enxerto *bypass* da doença coronária, em que as pessoas vivenciam incertezas, dúvidas associadas com eventos futuros e salienta ainda que o sentimento mais comumente vivenciado foi perda de controle.

Cobb apud Côrte (1998), ressalta que a possibilidade de suporte social simboliza à pessoa com DAC sentir-se aceito, estimado, valorizado e pertencente a um grupo, enquanto as relações afetivas e a troca entre os elementos do grupo possibilitam identidade, reconhecimento e valor social. Os suportes sociais constituem-se na família, nos grupos, na escola, no trabalho e na comunidade, propiciando o confronto com os estressores, numa condição mais de desafio, pois buscam uma condição mais

estável.

Silva (2002), em seu estudo sobre representações sociais de pessoas com DAC, relativamente ao seu processo saúde-doença, evidenciou que os sujeitos vivem momentos de sofrimento ao tomarem conhecimento sobre a doença. Essa transição de viver o antes, “sem doença” (normal) para viver o depois, “com doença” (anormal), causa grande impacto pelo fato de o processo ser súbito, gerando considerável ansiedade nas pessoas. Os conflitos são de diversas naturezas, incluindo a superação da doença e o enfrentamento da cirurgia. Utilizaram a simbologia de “estar por um fio”, para dar significado ao risco de vida por ser portador de DAC. A família foi o suporte social de maior importância no processo de saúde-doença, existindo sempre a necessidade da presença da família durante a hospitalização. Questionou o estilo de vida vinculado aos fatores de risco para a DAC e tenderam a assumir seus próprios parâmetros como qualidade de vida. Consideraram não terem voz ativa nos caminhos de seu viver com DAC, expressando que o médico e a enfermeira têm o poder de decisão.

Corte (1998) em estudo realizado em seu ambiente de trabalho, no programa de reabilitação cardíaca na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, relata o resultado de sua experiência sobre as relações interpessoais, a representação e os significados da DAC e as repercussões no viver da pessoa e seu suporte social. O autor mostra de que forma a pessoa mantém suas relações interpessoais; o status social, a posição no seu trabalho e o lugar onde reside encontram-se intimamente relacionados a seus valores, crenças e cultura. Ressalta que as mudanças súbitas, decorrentes de uma crise, implicando na perda de um desses elementos como, por exemplo, a situação no lar, no trabalho e na comunidade, causam impacto sobre a saúde, com perdas e ameaças em suas defesas.

A repercussão da DAC na pessoa, na sua família e no seu meio social provoca modificações na sua relação com o mundo e consigo mesmo. A doença representa, no seu cotidiano, uma ameaça não apenas na condição física e psíquica, mas no próprio destino. O modo como enfrenta suas fantasias, estabelece significados, e o que pesa na sua vida, determinará o seu percurso vivencial. A história de vida da pessoa, seu modo de ser e viver poderá levar ao sofrimento, frustração, fragilidade e dependência do

suporte social, a vivenciar reações das mais diversas. Sua identidade fica abalada pela perda de controle da situação, ela se torna vulnerável diante da limitação e da morte, encontrando-se atingida no corpo e na auto-estima.

2.7 A doença como um evento estressor

O impacto da doença no viver da pessoa determina o surgimento de estressores que, por sua vez, são influenciados por fatores intrapessoais como: idade, personalidade, inteligência, habilidades, crenças e valores. Esses fatores também são determinados pela doença crônica – tipo, localização, tempo evolutivo, seqüelas e o significado da doença para a pessoa, além de influências ambientais como recursos físicos e financeiros, relações de família e sociais, como comunidade, instituições de saúde, acessoria de redes sociais (SAVÓIA, 2003).

Belancieri e Bianco (2004) sugerem que o estressor pode advir de estímulos externos e internos. As condições externas são independentes da pessoa ou de sua vontade. Em vista de o estressor desencadear perdas de suas atividades, torna a pessoa inapta em prever ocorrências, impondo limite na sua capacidade de gerir o estresse, modificando dessa maneira seu auto-conceito (pensamentos e sentimentos da pessoa sobre si). Os fatores internos encontram-se ligados às características pessoais de personalidade, crenças e valores e como a pessoa interpreta suas experiências.

Contaifer et al (2003, p. 216) destacam que “os maiores estressores são os relacionados à família e ao trabalho, pela permanente tensão ao longo da vida, como estressor crônico e duradouro”.

Segundo Bala (2004) os estressores podem ser compartilhados entre os membros da família, mas o impacto do evento estressor pode ser avaliado com significado diferente, por exemplo, da pessoa com DAC e de outras pessoas da família, pois a experiência pessoal é sempre mais significativa e traumática. Porém, afeta a todos de diversas maneiras. Um aspecto que vale destacar é o cultural, pois possui importância e dá um significado muito particular às experiências com o estressor.

Grey (2004) fundamentada na teoria de Lazarus e Folkman, em 1984, refere em

seu estudo que cada pessoa representa uma associação entre pessoa e fatores ambientais, e que os estressores resultam dessas interações, em que a pessoa avalia a situação como perda, ameaça e desafio, havendo repercussões a curto e a longo prazo dessa resposta ao estressor, que incluem mudanças psicológicas e fisiológicas. Os efeitos de longo prazo incluem o bem estar psicossocial, função social e a saúde.

Bala (2004) em seu trabalho clínico com **famílias** encontrou diferenças nas reações das pessoas entre os membros da mesma família que experimentaram os mesmos estressores. Esses utilizam métodos diferentes de controlar os estressores.

Pedrolo e Zago (2002, p.51), afirmam a respeito das repercussões da presença do estressor:

Mudanças em um membro da **família** afetam todos os outros, bem como o sistema como um todo. No sistema familiar independente da qualidade das relações, cada membro influencia os outros, sendo ao mesmo tempo influenciado por ele. Essas influências mútuas são o cotidiano da vida familiar.

No viver com a alteração da imagem corporal, a pessoa avalia a situação: o quanto os **estressores** afetaram seu viver e que esforços são requeridos para manter os desafios e afastar as ameaças. Essa avaliação é uma tentativa de reduzir ou eliminar a fonte de estresse.

Stewart et al (2000) encontraram, em seu estudo, estressores identificados por pessoas sobreviventes ao IAM e por suas esposas, destacando as relações com profissionais de saúde, pela dificuldade em compreender informações, principalmente as relacionadas à linguagem não apropriada para entendimento das pessoas; às alterações emocionais e às mudanças no estilo de vida. Essas mudanças ocorreram mais no tratamento e no cuidado de si, na atividade física, nas dificuldades funcionais e com familiares, e na possibilidade de outro infarto. As esposas apontaram a perda do seu companheiro, a preocupação com o futuro, as mudanças no seu próprio estilo de vida, o ter de assumir novos papéis na família e seu próprio estresse negativo.

Ballone (2003) sugere que as ameaças externas originárias do ambiente não costumam ser constante, como as internas. O estímulo interno é de cunho emocional, por isso, ficar doente torna-se importante por ser dessa natureza. Leva a experimentar

uma grande ansiedade pelo fato da pessoa pensar que pode piorar seu estado. A força dos estressores no viver da pessoa depende da sua sensibilidade e de como valoriza a situação.

Outro aspecto pode estar relacionado com os significados da **ameaça**. Não podendo alterar a situação, buscam minimizar o significado desta, tentando reduzir o estresse (ROSSI, 2001). A ameaça constitui a antecipação de perigo com possibilidade de interferir em metas ou objetivos de vida da pessoa. Isso se dá por meio da avaliação cognitiva, na qual fatos e significados são percebidos, interpretados e determinados pela pessoa no seu contexto e na sua relação pessoa-ambiente.

A perda representa o comprometimento da pessoa nas suas diversas dimensões como integridade física, psíquica, social, nas quais suas funções encontram-se diminuídas ou limitadas, determinando uma incapacidade no seu processo de viver o cotidiano.

Lima e Gualda (2001), em seu estudo com pessoas do Serviço de Hemodiálise de um hospital de São Paulo, identificaram perda potencial da identidade e perda do controle sobre o corpo e enfatizaram o surgimento de sintomas como dor, dificuldade de locomoção e desconforto, que levam as pessoas à procura de assistência médica. Concluem que a vida de restrições pela doença incurável pode levar a pessoa a dar novos significados à doença, como também ao tratamento.

As perdas nem sempre se encontram relacionadas com as pessoas, e sim às **mudanças**. Mudar algo na vida significa que estão deixando situações antigas e buscando novas incumbências. Tal processo, para muitas pessoas, pode tornar-se muito difícil e doloroso, apesar de ser positivo em muitas situações. A dificuldade em lidar com perdas leva as pessoas a se mostrarem fechadas, como impedindo a perda de mais alguma coisa. No processo, envolvem-se num mundo se auto-consumindo, estão auto-centradas e se desconectam da vida (DELBONI, 1997).

Toda perda implica em mudança e perder não é fácil. Durante a vida perde-se, muda-se de emprego, de objetos, de cargos e de pessoas, mas é preciso aprender a lidar com isso. É o ciclo da vida. As perdas implicam em mudanças e significam renovação (DEBONI, 1997).

As mudanças ocorrem devido à DAC ser uma doença crônica caracterizada,

principalmente, por ser de longa duração, provocando por si só um estímulo para que novas incumbências sejam incrementadas a seu modo de viver. Novas oportunidades surgem na situação em que a pessoa avalia como perda, ameaça e/ou desafio, requerendo ações para suprir a demanda, e isso pressupõe ser dependente de um suporte social, da intervenção de profissionais de saúde e da família para facilitar a adequação nesse processo.

Munoz et al (2003), em estudo de mudanças no cotidiano do adulto com problema cardiovascular, em Curitiba, com 22 pessoas na faixa etária de 27 a 75 anos, no pré e pós-operatório, em um hospital na região central, no ano 2000, detectaram mudanças ocorridas no trabalho e na prática de exercício físico, alimentação e hábito de fumar. Essas mudanças geraram angústia e sofrimento por saber que deve haver mudança nos hábitos de vida, afetando suas relações.

O desafio, com o passar do tempo, vai sofrendo modificações, pois acompanha o processo dinâmico de viver da pessoa por alterações que acontecem no cotidiano e que será modificado quando ultrapassar uma fase, passando para um novo desafio.

Taschetto (1999) ressalta que os estressores acontecem na vida da pessoa/grupo e comprometem suas potencialidades humanas, seu poder criativo por levar ao desgaste energético importante. Recomenda intervir junto aos estressores, principalmente, do tipo desafio.

As pessoas em condição crônica encontram-se sujeitas a essas experiências, porque ora sentem-se bem, ora estão com dor precordial (no período crítico). Têm medo do que lhes possa ocorrer, vivem com muita insegurança, sem saber o que o futuro lhes reserva, ficando à espera de que algo aconteça para estabilizar suas vidas, de modo a retornar a uma vida anterior que acreditam ser a melhor (SILVA, 1997).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Busquei, na Teoria de Richard Lazarus e Susan Folkman, o apoio teórico necessário para desenvolver este estudo. Esse referencial abrange conceitos relacionados ao estresse e ao enfrentamento de situações estressantes, sendo que o foco no presente estudo foi especificamente o estresse. Além desses, outros conceitos se fazem necessários para esta construção, tais como: ser humano, Enfermagem, saúde, condição crônica de saúde e ambiente. Esses conceitos foram elaborados com base em outros autores, além de Lazarus e Folkman (1984), Monat e Lazarus (1991), com destaque para Travelbee (1969), Martins (1995) e Silva (1990).

Para Lazarus e Folkman (1984), a Teoria de Enfrentamento propõe uma estrutura que orienta para a compreensão do que acontece com a pessoa e do que ela faz quando se encontra diante de uma situação avaliada como estressante. É um processo dinâmico, em constante releitura e transformação, em resposta a novas experiências vividas pelo indivíduo e às contínuas mudanças no contexto sócio-cultural.

3.1 Estresse

As adversidades confrontam o ser humano diariamente, tornando-o consciente dessa luta. Reconhecido como fato inevitável na vida, o estresse e a maneira como a pessoa lida com ele, influenciará no processo de viver de cada um. As guerras, especialmente a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia, impulsionaram as pesquisas sobre esse tema (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Monat e Lazarus (1991) afirmam que, no cotidiano, o tema estresse tem destaque não apenas entre as pessoas, mas nos meios de comunicação, em conferências de interesse técnico-científico e geral, abrangendo também o interesse das organizações. As formas como o estresse é definido atinge uma gama de diferentes

rumos, que têm pouco em comum e nem sempre são esclarecedores. Algumas pessoas que lidam com negócios consideram estresse uma frustração ou tensão emocional. O indivíduo responsável pelo controle do tráfego aéreo o vê como um problema de concentração. Já o profissional bioquímico e o endocrinologista, apenas como um evento químico; o atleta, por sua vez, o vê como tensão muscular. Outra perspectiva que vem atingindo uma diversidade de profissionais diz respeito ao fato de cada um considerar a sua ocupação como a mais estressante de todas. Ao mesmo tempo, a maioria das pessoas defende que esta é a era do estresse, não levando em conta que os antepassados, desde os homens das cavernas, passaram por medos de ataques de animais e de outros homens, mortes por frio, fome ou exaustão, situações tão estressantes quanto as dos dias atuais, vivenciados com guerras, queda da bolsa de valores, violência, superpopulação, etc (MONAT e LAZARUS, 1991).

Parece que tudo está relacionado com o estresse, pois todas as exigências ou demandas sobre a capacidade de adaptação do ser humano evocam o fenômeno do estresse. Assim, eventos da vida das pessoas como desemprego, divórcio, preconceito, doenças, entre outros, passaram a ser considerados como estressores que a pessoa procura dominar para seguir adiante, tocando sua vida ou não conseguindo dominá-lo, tornando-se seu refém.

A popularidade do estresse e seu campo de enfrentamento podem ser vistos como constante foco de estudos técnicos, teóricos e profissionais, envolvendo pesquisas e a elaboração de teorias nesta área do estresse. Monat e Lazarus (1991, p.18) reconhecem a existência de três perspectivas do estresse: Sistêmico ou Fisiológico, Psicológico e Social. O Estresse Sistêmico ou Fisiológico está relacionado, principalmente, aos distúrbios do sistema tecidual, estudado por Cannon, em 1929 e 1953, e por Selye, em 1956 e 1976. Selye define estresse como “um estado manifestado por uma síndrome que se compõe de todas as mudanças não especificamente induzidas no sistema biológico” (MONAT e LAZARUS, 1991).

O Estresse Psicológico relaciona-se com os fatores cognitivos que levam à avaliação de ameaça. Este foi estudado por Lazarus, em 1966. O Estresse Social diz respeito ao transtorno de uma unidade social ou de um sistema e foi investigado por Smelser, em 1963 (MONAT e LAZARUS, 1991).

Apesar da crença de muitos de que os três tipos de estresse estão relacionados, a natureza dessa relação ainda não está adequadamente esclarecida. Isso talvez ocorra por conta da falta de consenso em relação à conceitualização do estresse pelos pesquisadores dessa área (MONAT e LAZARUS, 1991).

Mason (apud MONAT e LAZARUS, 1991), já apontava, em 1975, o desencantamento de muitos cientistas no campo do estresse, especialmente pela falta de precisão, gerando confusões e conflitos. Esses problemas perduram até aos tempos atuais, quando o termo estresse é usado para referir-se a “estímulos”, por alguns; “respostas” por outros; “interação”, ainda por outros, além de outras combinações dos fatores envolvidos. Autoridades da área têm poucas expectativas de que possa haver uma terminologia que tenha consenso.

A definição mais adotada por psicólogos é de que estresse seja um estímulo, pensado como um evento incidindo na pessoa, incluindo condições surgidas dentro da própria pessoa (como fome, uma necessidade orgânica), que evocam eventos no ambiente, como acidentes ou doenças. A definição de estresse como sendo uma reação vem dominando na biologia e na medicina e é considerada como um estado de estresse. Essas duas definições têm sido aplicadas com limitação (MONAT e LAZARUS, 1991).

Outra definição de estresse enfatiza o relacionamento entre a pessoa e o ambiente, considerando as características da pessoa e a natureza do evento ambiental (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Para Richard Lazarus, estresse não é estímulo, nem resposta ou intervenção, mas sim, um termo coletivo para uma área de estudo. Em síntese, a arena do estresse refere-se

à qualquer acontecimento, nos quais as necessidades ambientais e internas ou ambas sobrecarregam ou excedem os recursos de adaptação de uma pessoa, de um sistema social ou de um sistema tecidual (MONAT e LAZARUS, 1991, p. 3).

O modelo transacional proposto por Lazarus não está em oposição ao modelo da reação patogênica, proposto por Selye, porém, enfoca questões diferentes ou

incorpora o modelo de reação como uma subclasse especial. Neste modelo, o estressor é qualquer ameaça em potencial no ambiente. A ênfase está no “potencial”, pois nada por si só é considerado um estressor. O estímulo, não importa se é nocivo ou prazeroso, pode ser visto como desejado, interessante, não ameaçador ou não prejudicial. Quando é assim avaliado não será considerado estressor, apenas um estímulo.

No modelo transacional, estressores físicos e fisiológicos produzirão respostas de estresse, após serem definidos como ameaça pela pessoa. Isso significa que este modelo não assume que toda ameaça ou dano seja sempre estressante.

A Avaliação pode ser considerada a chave do modelo transacional (interacionista). Ela acontece de modo repetido, seguindo a presença de um estressor. Um estressor em potencial é avaliado de acordo com sua capacidade de provocar dano; além disso, são elaboradas subavaliações sobre novidade, certeza e previsibilidade. O mais importante é a maneira como o estressor é interpretado – se como uma ameaça, desafio ou dano/perda. Tendo avaliado o estressor, a pessoa passa a calcular sua própria habilidade de lidar com esse estresse, selecionando a estratégia mais adequada, com o intuito de alterar, reduzir ou minimizar o dano em potencial (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Essas avaliações não são julgamentos isolados, mas funcionam como um processo, muito similar e exemplificado pelos autores como um programa de computador repetido. A pessoa avalia o estressor, avalia as próprias capacidades, decide sobre as estratégias de enfrentamento. Reencontra o estressor, reavalia o estressor, reavalia suas próprias capacidades, decide sobre a estratégia de enfrentamento novamente e assim sucessivamente. As circunstâncias tidas como benignas ou desafiadoras podem tornar-se estressantes quando as avaliações e o enfrentamento são modificados. Também os estressores ameaçadores podem tornar-se desafios, ou até mesmo necessidades, a partir das modificações e das avaliações de suas capacidades e dos desafios do ambiente (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A avaliação envolve a consideração do ser humano e de suas diferenças individuais, tais como a diferença na percepção dos estressores, na interpretação, na escolha das estratégias de enfrentamento e nas circunstâncias em que ocorre e o apoio

que a pessoa recebe.

O conceito de estresse é percebido por meio de dois processos mediadores do relacionamento pessoa-ambiente: avaliação cognitiva e enfrentamento.

A avaliação cognitiva, foco desta proposta, inclui a avaliação primária, a avaliação secundária e a reavaliação. A avaliação primária acontece quando um confronto é julgado, podendo ser considerado relevante, positivo/benigno ou estressante. A pessoa, ao julgar, pode perceber que seus recursos não são suficientes e isso pode afetar seu bem-estar. O estresse depende da avaliação consciente que cada um faz de seu transtorno. Sem essa avaliação, não acontece estresse psicológico, mesmo com presença de perigo ao organismo.

Na avaliação primária, em que o evento é considerado estressante, a pessoa pode percebê-lo como prejuízo-perda, ameaça ou desafio. Prejuízo-perda diz respeito ao dano já acontecido; a ameaça ocorre quando prejuízos ou perdas são antecipadas; e desafio se refere a eventos com possibilidades de serem dominados ou de obter ganhos. Tanto a ameaça, quanto o desafio, podem ocorrer ao mesmo tempo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A avaliação secundária refere-se ao julgamento do que se pode fazer e o que se é capaz de fazer. Avalia se uma opção de enfrentamento atende o que se espera, se há possibilidade em aplicar uma estratégia específica, que possa modificar o evento estressor ou fazer frente a ele (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A reavaliação se refere a uma avaliação modificada, com a introdução de nova informação do ambiente ou da pessoa e sempre acontece após uma avaliação prévia. Pode ser o resultado de esforços do enfrentamento cognitivo, chamado reavaliação defensiva (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

O estudo aqui desenvolvido, foi focado na avaliação primária, na qual o estressor é avaliado como um prejuízo/perda, ameaça ou desafio.

3.1.1 Prejuízo/Perda

Prejuízo/perda é resultante de alterações da natureza do relacionamento pessoa-ambiente, sua reação e a implicação no seu viver. Perdas, danos ou prejuízos, mesmo que já tenham acontecido, possuem elementos de ameaça, pois torna-se impossível

separar os processos cognitivos em cada estágio de um confronto estressante. O estressor exige que a pessoa vá descobrindo aos poucos a realidade da situação e o quanto essa perda afeta o relacionamento pessoa-ambiente. Todo esse processo é evolutivo, quer dizer, há uma dinâmica (LAZARUS, FOLKMAN, 1984).

A perda pode ser uma privação significativa, exigindo ajustamento a uma nova condição. Vivencia-se perda existencial quando ocorrem mudanças na vida; a perda situacional acontece em virtude de um evento externo, como a perda do emprego, por exemplo, que leva à perda da auto-estima. Há perda de um ambiente conhecido e doméstico, quando se desloca para outro ambiente, como no caso de a pessoa com DAC necessitar internação numa instituição.

3.1.2 Ameaça

Ameaças são prejuízos ou perdas antecipadas. A antecipação informa por si só que o evento não aconteceu ainda, mas determina questões importantes para serem continuamente avaliadas, incluindo, entre elas, se a ameaça acontecerá, quando ocorrerá e o que acontecerá (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Outro aspecto que integra o processo de avaliação cognitiva, quando o estressor for do tipo ameaça, é se a pessoa consegue administrá-la. Dúvidas surgem continuamente durante todo esse processo avaliativo e entre estas está a seguinte: o que poderia ser feito para minimizar ou prevenir o dano?

Na situação de ameaça antecipada, as pessoas permanecem elaborando pensamentos a respeito do estressor que, por sua vez, afeta as próprias reações de estresse.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que quanto mais consistente e forte for um compromisso assumido, mais a pessoa torna-se vulnerável às ameaças. Contudo, isso a leva a ficar motivada para prevenir-se contra qualquer tipo de ameaça ou prejuízo ao seu compromisso.

Eles declaram que a avaliação da ameaça nas experiências dos indivíduos pode variar de um grau mínimo (pouca tensão) ao grau máximo de medo, dependendo da experiência pela qual está passando. Essa intensidade de ameaça relaciona-se com a avaliação de disponibilidade de recursos para atender às demandas externas e internas

na situação de estresse.

A ameaça torna-se extrema quando influencia a atividade cognitiva e a aptidão de processo das informações. Acontece frequentemente na prática, quando uma pessoa recebe a informação médica de que está sofrendo, por exemplo, um Infarto Agudo do Miocárdio - IAM. Esse momento do diagnóstico afeta a capacidade de processar a informação e requer um tempo para se ajustar e estabelecer uma atividade cognitiva mais adequada (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

3.1.3 Desafio

Desafio, especialmente no sentido de assumir novas incumbências, é entendido baseando-se no reconhecimento de que a doença impõe mudanças e requer que a pessoa passe a assumir que tem algo a mais a fazer no seu cotidiano, ou seja, há uma nova atividade que se impõe pela doença, situação que requer mudanças no seu estilo de vida (SILVA, 1990).

O desafio é percebido como a situação em que a pessoa se conscientiza de não poder mais viver como antes. A doença pode produzir incapacidade ou limitação, e essa situação impõe exigências e tarefas que devem ser dominadas e cumpridas por qualquer meio disponível.

Há compreensão pela pessoa de que uma situação estressante existe, independentemente de o profissional a considerar razoável ou não, desencadeia um processo complexo. Surge o esforço para alterar tal perturbação, pela mudança ou da situação, ou da reação da pessoa a essa situação, ou ambos. Com esse esforço de enfrentamento e suas conseqüências, é possível mudar a avaliação pessoal da situação e isso poderá alterar a resposta subsequente e assim por adiante.

Nesse sentido, estresse não permanece uma relação rígida entre pessoa e ambiente, mas é um processo em desenvolvimento, envolve avaliações e reavaliações múltiplas.

A teoria do estresse de Lazarus e Folkman destaca o papel predominante da pessoa na percepção e gerenciamento do distúrbio. A pessoa é vista como “um ser que pensa e sente, monitora ativamente sua relação com o ambiente que o rodeia, buscando mantê-lo ou melhorá-lo” (MONAT e LAZARUS, 1991, p. 420).

3.1.4 Ser Humano

O ser humano é um indivíduo único, insubstituível, que está em contínuo processo de evolução e transformação. Um ser que está neste mundo, parecido e, no entanto, diferente de qualquer pessoa que tenha vivido ou que um dia viverá (TRAVELBEE, 1969, p.26).

É um ser com dimensões sociais, históricas, culturais, biológicas, espirituais e políticas e está dinâmica e constantemente em interação com outros seres humanos e com o ambiente que o cerca. Possui características pessoais e necessita de um ambiente amistoso que o apóie em todas as dimensões. Mantém uma relação, contínua e dinâmica com o ambiente, buscando e atribuindo significado à sua existência. Evolui baseando-se nas mudanças acontecidas ao longo de seu viver e das suas representações mais íntimas e das interações pessoa/pessoa, grupo e ambiente. Possui capacidades infinitas a explorar, situações a enfrentar e aptidões para transformar a si próprio e a realidade que o cerca (Adaptado de MARTINS, 1995).

Na presente proposta, o Ser Humano é a pessoa com DAC e seus familiares, atendidos no Setor de Hemodinâmica, que estavam vivenciando mudanças no seu processo de viver, avaliadas como estressores.

3.1.5 Enfermagem

É um processo interpessoal e um serviço vitalmente comprometido com a mudança e influência de outros. O enfermeiro é o profissional que assiste ao indivíduo e à família a prevenir ou enfrentar a experiência da doença e sofrimento, e se necessário a encontrar significado para esta experiência (TRAVELBEE apud LEOPARDI, 1999, p. 86).

Segundo essa concepção, a Enfermagem possui um corpo de conhecimento especializado e capaz de aplicá-lo com o objetivo de manter a saúde em trajetória ascendente.

Nesse sentido, alicerçando-se nas próprias experiências como ser humano, o enfermeiro e a pessoa com DAC buscam as possibilidades para enfrentar os estressores, mais como um desafio, para alcançar algum bem-estar. Nesta situação, pode-se desenvolver um processo de comunicação, com o envolvimento do enfermeiro

construindo a relação pessoa-pessoa.

A Enfermagem tem a capacidade intelectual e a habilidade prática para assistir o Ser Humano/Pessoa em qualquer dimensão de vida, uma vez que está comprometida social e politicamente com ele, na relação pessoa/coletivo.

Neste estudo, a Enfermagem utilizou-se da Educação em Saúde no processo assistencial como possibilidade de ajudar pessoas com DAC, a elaborar uma avaliação do seu estresse e a identificar possibilidades para melhor enfrentarem sua condição de saúde (Adaptado de MARTINS, 1995).

Educação em Saúde constitui um ato transformador, capaz de ser renovado a cada momento, por meio da reflexão e do agir, podendo contribuir para mudanças no viver da pessoa com DAC. Requer compromisso de ambos, cliente e enfermeiro, para que aconteça uma interação e um processo educativo com possibilidades de escolhas, nas quais uma constante avaliação dos conhecimentos e das experiências passadas e atuais possam desenvolver mudanças.

O educador tem a responsabilidade de aprendendo e ensinando otimizar as relações entre as pessoas, o compartilhamento das suas experiências, propiciando o processo educativo entre as pessoas, intervindo apenas para pontuar as situações, para estabelecer novas atitudes e comportamentos em vista de um viver mais saudável.

3.1.6 Saúde

É compreendida como uma condição de bem-estar da pessoa, relacionada à sua interação com o ambiente (adaptado de MARTINS, 1995).

Compreendo por saúde o fato de se possuir ou se desenvolver a capacidade de utilizar suas próprias “energias”, conhecimentos e recursos disponíveis, que possibilitem à pessoa fazer escolhas de modo a enfrentar os desafios de sua doença crônica.

Cada pessoa enfrenta sua condição de saúde de um modo peculiar, dependendo do significado ou da interpretação que faz da situação de estresse (SILVA, 1997).

3.1.7 Condição crônica de saúde

Para Trentini e Silva (1992, p.78)

condição crônica de saúde é uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer, alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou de grupos. Este impacto determina um novo rumo ao processo de viver e ser saudável de acordo com o significado atribuído aos estressores com a orientação de vida, com as forças e necessidades e estratégias de enfrentamento utilizados pelos envolvidos.

Silva (1997) adverte que o impacto da doença crônica implica em alterações no processo de viver dos indivíduos, provocando alterações na vida pessoal e familiar e constitui a condição crônica de saúde. Como consequência, acarreta um problema de saúde e representa um desafio aos que a experienciam e aos respectivos cuidadores.

Vieira e Lima (2002) afirmam que as doenças crônicas provocam alterações orgânicas, emocionais e sociais, requerendo constantes cuidados; ainda, segundo esses autores, sua principal característica é ter longa duração. A complexidade da doença, a terapêutica, a utilização e o acesso tecnológico determinam e influenciam a trajetória da doença crônica. Além disso, causam impacto e dano, requerendo força, mudanças comportamentais e de atitudes; impõem modificações e reestruturações nas situações e estratégias de enfrentamento.

Conviver com uma condição crônica de saúde requer a escolha de estratégias de enfrentamento que possam ajudar na superação ou minimizar os estressores decorrentes de sua condição, promovendo seu bem-estar.

A condição crônica de saúde envolve uma diversidade de aspectos do “cuidar”, exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem mais ampla, com um olhar mais acurado no que diz respeito à vivência da própria pessoa nessa condição, seus significados e sua representação, além de conhecimento sobre o processo de enfrentamento e de como acontece a relação pessoa-ambiente.

3.1.8 Ambiente

Ambiente é compreendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais, econômicas e políticas, em que o homem está inserido de modo dinâmico, propiciando ao ser humano uma relação de suporte, encontrando-se em contínua e recíproca evolução e transformação (adaptado de MARTINS, 1995).

O ambiente, segundo Lazarus e Folkman (1984, p.19), “sofre constantes

avaliações da pessoa quando um evento acontece ameaçando seu bem-estar”. Ainda segundo esses autores, o ambiente “pode diferir em natureza e frequência no trato com posturas individuais, na escolha de opções avaliadas para enfrentar as situações” (LAZARUS e FOLKMAN,1984, p.167).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, do tipo Convergente Assistencial, descrita por Trentini e Paim (1999). Este tipo de pesquisa se propõe a refletir para reconstruir conhecimentos e mudanças, transformando a realidade. Seus princípios conduzem à busca de alternativas para a resolução de problemas da prática, estabelecendo uma relação entre o “saber fazer” e o “saber pensar”.

Este tipo de pesquisa está vinculado à Pesquisa-Ação, tendo como objetivos a mudança na ordem social, acompanhada de autocrítica, priorizando a aproximação entre sujeito e objeto de pesquisa e valorizando o saber popular. Propõe unir o método de pesquisa com métodos de prática assistencial, desenvolvida a partir dos locais onde os fenômenos acontecem, em que as experiências, tanto do pesquisador, quanto do pesquisado, estão entrelaçadas.

Desse modo, o estudo realizado teve como proposta de prática o desenvolvimento de educação em saúde com um grupo de pessoas com DAC, visando promover um enfrentamento efetivo de sua condição de saúde. Concomitantemente à esta prática, foi realizada a pesquisa que está sendo aqui apresentada, voltada para compreender os estressores decorrentes de conviver com uma DAC.

O envolvimento com as pessoas experienciando a DAC estabeleceu vínculos que favoreceram a expressão de suas percepções e permitiram conhecer os estressores que permeiam seu processo de viver o cotidiano.

4.1 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Setor de Hemodinâmica de um hospital geral, da cidade de Florianópolis. Esse hospital é referência terciária de complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, assistindo pessoas nos seus diversos ciclos vitais, excluindo crianças e gestantes.

O Setor de Hemodinâmica iniciou suas atividades em 04 de fevereiro de 1991. Desde 1995 funciona apenas no período matutino, realizando procedimentos como cateterismo cardíaco, arteriografias e algumas angioplastias viscerais e periféricas.

Este Setor está localizado no Ambulatório e concentra-se na realização de procedimentos como estratégia diagnóstica, como o cateterismo cardíaco e arteriografias seletivas. A demanda é constituída por pessoas com problemas cardiovasculares, oriundos do Ambulatório, da Emergência e das Unidades de internação desse hospital, procedentes de Florianópolis e de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

A equipe de saúde é constituída por: uma enfermeira, uma auxiliar de Enfermagem, dois técnicos de radiologia, uma escrituraria (bolsista), dois médicos hemodinamicistas, um cirurgião vascular, um residente da cirurgia vascular e uma auxiliar de serviços gerais. O setor está vinculado ao Serviço de Cardiologia.

A estrutura física do setor é formada por: secretaria, laboratório, sala de controle e arquivamento de filme/laudo/CD, sala de reunião e aula, sala de espera (corredor externo), lavabo, sanitário, sala de limpeza e esterilização do material, sala de lanche e corredor interno.

4.2 Sujeitos da pesquisa

Participaram deste estudo treze pessoas com Doença Arterial Coronariana. Dessas, quatro são do sexo feminino e nove do sexo masculino, na faixa etária entre 34 e 69 anos. Elas foram selecionadas a partir da realização do cateterismo cardíaco no hospital de ensino, em situação ambulatorial ou internadas na época do estudo. Eram independentes para se locomover.

Os participantes residiam no município de Florianópolis, sendo apenas uma de São José.

A maioria está na categoria de aposentado ou “encostado”, e apenas dois continuam trabalhando. Atualmente, as pessoas do sexo feminino exercem apenas atividades do lar.

Todos os integrantes do estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) pessoas com problemas coronarianos, vivenciados numa perspectiva crônica, de ambos os sexos, com idade acima de 30 anos;
- b) aceitarem o convite e manifestarem interesse em participar da pesquisa;
- c) capazes de expressarem suas vivências com fluência;
- d) serem independentes para se locomover;
- e) terem realizado cateterismo cardíaco no Setor de Hemodinâmica até o ano 2003, com indicação relacionada a fatores de risco para DAC e laudo confirmando presença de alteração em artéria coronária.

Quadro 1: Representação das pessoas do estudo por sexo, idade, data de realização e indicação do cateterismo cardíaco

N.º	Nome	Sexo	Idade	Data do Cateterismo Cardíaco	Indicação do Cateterismo Cardíaco
1	Marilu	M	50	04/12/01 (1 a 5m)	Cardiomiopatia isquêmica/HAS
2	Davi	H	34	24/09/01 (1 a 8m)	ICO/TE+/Cintilografia miocárdica
3	Marcos	H	62	24/06/02 (11m)	Angina Instável
4	Ana	M	43	31/08/01 (1 a 8m)	Angina Instável/HAS
5	Vando	H	52	11/11/02 (6m)	Angina de peito/IAM
6	Jovi	H	50	24/04/5/01 (2 a)	ICO
7	Ida	M	63	15/3/01 (2 a 2m)	ICO/precordialgia/HAS
8	Lina	M	57	08/04/03 (1m)	Angina/DM/HAS
9	Oscar	H	51	03/12/01 (1 a 5m)	Dor torácica/HAS há 1 ano
10	Osni	H	56	12/1/01 (2 a 4m)	Angina após IAM
11	Aldo	H	57	28/2/02 (1 a 2m)	ICOI/HAS/DM/
12	Valmor	H	59	20/03/03 (6m) 16/06/03 (3m)	Dor torácica típica e IAM em 08/06/03
13	Ari	H	69	18/11/02 (6m)	IAM

Fonte: Grupo de Convivência, Consulta de Enfermagem e Entrevistas.

As treze pessoas foram convidadas a participarem do estudo durante a realização de cateterismo cardíaco, no Setor de Hemodinâmica de um hospital geral. Na oportunidade, tentei motivá-las para que participassem deste trabalho e sugeri que entrassem em contato por telefone para agendar o encontro. Posteriormente, foi feito contato com essas pessoas, convidando-as e agendando-se os encontros.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados, neste estudo, foi realizada em três momentos. Inicialmente, dentro da prática assistencial foram desenvolvidas duas atividades: primeiramente, encontros do grupo de pessoas (Grupo de Convivência), experienciando a DAC e, em segundo lugar, consultas de Enfermagem. O terceiro momento foi a realização de entrevistas com alguns integrantes do grupo.

A realização do grupo de convivência, como a primeira fase da coleta de dados, consistiu-se de cinco encontros, que foram gravados, com o consentimento de todos.

A segunda fase de coleta de dados foi por meio das consultas de Enfermagem, realizadas com três integrantes do grupo de convivência.

A terceira fase de coleta de dados foi a realização de entrevistas semi-estruturadas previamente marcadas. Para estas entrevistas, seis integrantes foram convidados, por melhor expressarem suas vivências e terem disponibilidade.

4.3.1 Grupo de convivência

Para Silva et al (2003), o Grupo de Convivência tem como enfoque compartilhar saberes e experiências para construir uma vivência mais saudável. Seus objetivos são formar rede de suporte social, propiciar a autonomia, possibilitar a criatividade, desestigmatizar a imagem, articular com outros grupos e instituições e, o principal deles, oportunizar a expressão das emoções e os conhecimentos dos seus participantes.

Foi planejado a organização de um grupo com no máximo doze elementos, para que fosse possível uma boa interação entre os participantes e uma ótima oportunidade de aprendizagem. Surgiram situações imprevisíveis, como pessoas necessitando de internações, por exemplo, impedindo-as de participarem em um dos encontros.

Cada um dos encontros de grupo contaram com no máximo oito pessoas, em situação crônica de doença arterial coronariana.

Estabeleceu-se o número de encontros, duração e seu término, esclarecendo-se desde o primeiro contato essa situação.

Os encontros foram assim planejados:

- ✓ 1º encontro: inclusão, atividade vivencial para aproximar e tornar possível uma relação pessoa/pessoa. Objetivo: Como eu me vejo?
- ✓ 2º encontro: atividade corporal, atividade vivencial, oficina de supermercado. Objetivo: Como a pessoa experiencia a DAC? Como fazer uma alimentação adequada?
- ✓ 3º encontro: atividade de lazer, atividade vivencial, atividade interativa, fechamento e avaliação. Objetivo: Como enfrento a DAC?
- ✓ 4º encontro: apresentação com enfoque em participante aniversariante, atividade vivencial. Síntese dos encontros e tópicos: exercício físico, caminhada e trabalho. Objetivo: Qual o tratamento assumido no viver com a DAC?
- ✓ 5º encontro: introdução, atividade vivencial. Mudança da capacidade física, preocupação com o futuro, requerimento e limitação. Objetivo: Quais as mudanças decorrentes do viver com a DAC?

Encontros do grupo de convivência - esse grupo foi constituído buscando-se organizar, nessa composição, as pessoas por suas características semelhantes, com pretensão de favorecer a interação entre elas, a exploração da temática, o processo de enfrentamento e o processo da doença experienciado pelos participantes do grupo. Com o intuito de possibilitar a expressão de suas idéias e estimular as trocas de conhecimento, experiência e sentimentos, aplicaram-se nesses encontros técnicas de cunho lúdico e interativo, visando propiciar um ambiente descontraído e favorável à participação.

Foi organizada a proposta para realizar cinco encontros, às quartas-feiras, às catorze horas, uma vez por semana, nas seguintes datas: 21 e 28 de maio, 04 de junho, 20 de agosto e 03 de setembro de 2003.

Estabeleci inicialmente um plano de ação. No decorrer dos encontros, houve algumas alterações das atividades e dos momentos a serem colocados em prática. As atividades vivenciais planejadas foram dinâmicas e foram momentos empregados para apresentação das situações do cotidiano de cada um dos envolvidos.

Para estabelecer um ambiente participativo em que acontecesse um

compartilhar e, além disso, que propiciasse descontração de pessoas desconhecidas entre si, apliquei técnicas vivenciais, de apresentação e interativas para incentivar e facilitar uma aproximação, sensibilizar e favorecer o encontro entre pessoa/grupo.

Os elementos do grupo, ao exporem as experiências vividas, abrem espaço para trocas entre si, neste caso específico, pessoas com DAC.

A atividade interativa é uma dinâmica com objetivo de aprendizagem teórico-prática. Ao mesmo tempo em que ouve quem dela participa, produz as informações, fundamentadas na experiência vivida, podendo o educador fazer as correções necessárias.

No primeiro encontro compareceram seis pessoas com DAC, e um familiar de uma delas, mas este não integrou o grupo. Todos compareceram cientes da proposta apresentada, demonstrando interesse e boa vontade em contribuir e aprender, estabelecendo um acordo de participação no Grupo de Convivência.

O termo de consentimento foi lido e esclarecido no primeiro encontro, sendo assinado por todos antes do início do plano de ação programado, uma vez que no convite para participar já havia sido colocado que esse procedimento fazia parte de um projeto de pesquisa. Foi solicitada a permissão para gravar e fotografar os encontros, para atender às necessidades da pesquisa.

Em seguida, foram apresentados os objetivos de promover a inclusão dos elementos do grupo, com uma técnica de dinâmica de apresentação para facilitar a aproximação entre as pessoas e propiciar os primeiros passos de interação no grupo.

Na seqüência, foram feitas as apresentações. Em primeiro lugar, apresentando-se a pesquisadora — enfermeira Salete... Em segundo, apresentaram-se os participantes, utilizando a seguinte técnica: “Se eu fosse....uma flor, seria.....um bicho, seria....., mas eu sou.....”

Como exemplo, Sr. Vando apresentou-se assim:

Se eu fosse uma flor, seria uma rosa, pelo perfume dela e beleza; se eu fosse um bicho, seria um cavalo, acho muito bonito, mas eu sou apenas uma pessoa, Vando, trabalho num posto de gasolina, que é um lugar muito perigoso. O que mais gosto de fazer: cuidar de passarinho. Estou sempre nos torneios.

A atividade vivencial utilizada para aumentar o conhecimento entre as pessoas, foi o desenvolvimento de atividades em pequenos grupos com três pessoas, com as questões abaixo:

- ✓ Como eu me vejo? Como sou, minhas escolhas, com minha família, no meu trabalho. Como me percebo como ser. O que na sua vida tem mais valor e é mais importante?

Essa atividade aconteceu com aplicação de técnica de desenho com lápis, giz de cera ou aquarela aguada. Cada um avaliou sua construção, explicando de que modo se viam e como se sentiam perante à vida e seu cotidiano. Como alguns se expuseram ao narrar suas fragilidades como pessoa, observado que houve respeito da parte dos demais, pois respeitaram seu companheiro, não fazendo críticas, e, inclusive, elogiando alguns trabalhos elaborados.

A reflexão foi a respeito da necessidade de ouvir o colega – um modo de ajudar pela troca, e pela aproximação das pessoas nestes encontros, contribuindo para o desenvolvimento do outro ao compartilhar as idéias no grupo sobre a vivência de cada um dos participantes com a DAC.

No final, foi verificada a pressão arterial de todos pela enfermeira, e mensurado o peso e a altura pela nutricionista, para avaliação nutricional. Esses procedimentos auxiliam na determinação aproximada do estado de saúde dos participantes.

No **segundo encontro** compareceram oito pessoas e dois familiares como acompanhantes, mas não integrando o grupo.

Foi introduzida uma atividade corporal, com o intuito de movimentar o corpo para reativar as energias.

O objetivo foi incentivar a reflexão e falar sobre a vivência de cada dia, ou seja, o modo como cada um lida com a DAC. A atividade vivencial foi realizada com o objetivo de oportunizar a cada um falar como experiência a Doença Arterial Coronariana.

Diante das seguintes questões: Como me vejo como uma pessoa com a Doença Arterial Coronariana? Como experiência o dia-a-dia de sua doença? Como lida com seu problema de coração? Relataram sua vivência com fatos corriqueiros do dia-a-dia, anunciando as perdas, as ameaças e os desafios como estressores no processo de viver

a condição crônica.

O momento interativo aconteceu por conta da Oficina de Supermercado. Foi desenvolvida com o objetivo de facilitar a compreensão dos tipos de alimentos que podem e que não podem ser ingeridos. Como a dislipidemia é a principal responsável pela Doença Arterial Coronariana, além de alguns participantes apresentarem outros fatores de risco para DAC relacionados à alimentação, como Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, esse encontro contribuiu muito para o conhecimento no atendimento às expectativas das pessoas do grupo de convivência.

A nutricionista explicou como funciona a Oficina de Supermercado: “Vocês devem participar como se fosse no mercado. O que vocês têm em casa? Vocês têm algum produto que estão expostos em casa? Esses pacotinhos? (apontou o macarrão instantâneo), esses temperos? (apontou sazón)”.

Cada um foi apontando o que compraria no mercado, o que tinham em casa, do que faziam uso. As pessoas do sexo feminino foram mais incisivas nessa hora, manifestando-se rapidamente, enquanto os homens ficaram um pouco retraídos inicialmente. Foi ressaltada pela nutricionista a necessidade de olhar a tabela nutricional nas embalagens dos produtos, para averiguar além da quantidade de sódio, quais produtos contêm sódio como conservante do alimento.

Em seguida, ela explicou sobre o que seria uma alimentação mais equilibrada, sobre a pirâmide dos alimentos com seus grupos, as funções dos alimentos: energéticos, reguladores e construtores. Também discutiu a respeito dos alimentos com menos colesterol, os produtos *light*, as porções alimentares, óleos. Nesse momento, os participantes questionaram sobre suas dúvidas, principalmente os do sexo masculino que demonstraram maior interesse.

Essa oficina foi muito interessante como momento de educação em saúde, porque a maioria das pessoas experienciando DAC incorrem em erros alimentares por não querer mudar seus hábitos, por não acreditar na interferência desses na sua saúde e não aceitar privar-se do prazer em ingerir determinados alimentos prejudiciais e contidos no seu cardápio diário.

Foram momentos vividos com a participação de todos, sensibilizando e fortalecendo os propósitos de despertar um novo olhar sobre suas vidas.

No **terceiro encontro** compareceram cinco pessoas com DAC, sendo apenas uma do sexo feminino.

Foi incentivado a busca de uma maneira saudável de minimizar os estressores. Iniciado o encontro com uma atividade de lazer para valorizar o conhecimento dos participantes, para cultivar um *hobby*. O Sr. Vando, cujo *hobby* é cuidar de passarinhos, foi o apresentador e recebeu contribuição de seu Osni, Marcos e Aldo.

A temática desenvolvida abordava como cada um enfrenta a DAC. O intuito desse encontro foi identificar os estressores e promover a troca de experiência.

Nessa técnica vivencial, cada um teve a oportunidade de colocar como aconteceu a sua primeira manifestação da DAC, as experiências desde o acontecimento e as tomadas de decisões que se seguiram. A dor no peito foi a mais discutida e chegou-se a conclusão de que a relação de viver com ela cria limitação das atividades em todas as dimensões. Também foi debatido como deve ser a busca do conhecimento, concluindo-se que a participação em grupos é uma ótima maneira de aprender a minimizar os eventos estressores do cotidiano.

Em seguida, houve um momento da degustação dos pratos preparados com temperos, que segundo a nutricionista podem ser feitos em casa, em substituição ao sódio. A nutricionista também explicou todos os procedimentos para a preparação dos temperos: como fazê-los, em que pratos usar e as diversas combinações.

No **quarto encontro** compareceram seis pessoas, todas do sexo masculino. Foi cantada a música “Parabéns a você” para um aniversariante.

O tema desenvolvido foi uma síntese dos encontros passados, salientando-se os estressores que despontavam com maior relevância no cotidiano. Surgiram então os seguintes tópicos: o exercício físico, a caminhada e o trabalho. Cada tópico foi apresentado num cartaz para ser discutido pelo grupo.

O objetivo do encontro foi de discutir qual o tratamento assumido no viver com a DAC.

Surgiram questionamentos quanto a necessidade de exercício com alguns critérios como, por exemplo, passar por uma consulta médica e fazer alguns exames para avaliar a capacidade individual. Relataram como o trabalho estava sendo realizado, porém sentido como não satisfazendo seu desejo de poder fazê-lo, por não

poder esforçar-se, nem pegar peso. Também foi comentado sobre a relação do trabalho e conceitos de saúde e o sentir-se inteiro com ela.

Neste encontro, cada um falou de sua vivência com a DAC, sendo que alguns já passaram por cirurgia cardíaca e outros por angioplastia.

Chamei atenção para a necessidade de seguir a orientação apontada em uma avaliação das condições físicas, como deve ser realizada a caminhada e, além disso, como deve ser executado o trabalho. Também mencionei quando se deve buscar ajuda especializada e orientação.

Percebi que conseguem avaliar a importância do exercício físico, mas nem sempre atingem a expectativa de resultados, relacionando o fôlego ao fôlego e resistência diminuída ao trabalho.

O significado do trabalho e as mudanças decorrentes do seu viver com a DAC lhes conferem ser um estressor relevante, pois o trabalho representa a saúde perdida por não conseguirem fazer o que gostavam de realizar antes de surgir a DAC. Saúde e trabalho entrelaçam-se no pensar das pessoas, significando uma perda importante no seu processo de viver.

No **quinto encontro** compareceram cinco pessoas, somente uma do sexo feminino e uma acompanhante, a esposa de um participante.

Todos já trocavam cumprimentos quando chegavam. Este encontro foi iniciado com a síntese do que foi discutido nos três primeiros encontros e as consultas de Enfermagem.

O tema do encontro foram as mudanças decorrentes da DAC: mudança na capacidade física e preocupação com o futuro. O objetivo foi discutir o requerimento do tratamento e a limitação.

Surgiu novamente a questão da capacidade física para o trabalho por ocorrência de dor no peito, e a mudança de atividade foi apontada como comprometendo a valorização no trabalho. Além disso, discuti o requerimento do tratamento por haver a necessidade de acompanhamento médico, com exames e consultas periódicas.

Falei também sobre a limitação que causa alguma dependência da família, o que provoca conflitos.

O grupo concluiu que a pessoa com condição crônica como a DAC poderia

cuidar-se mais, possibilitando viver mais e com melhor qualidade.

Posteriormente, foi realizada a avaliação do grupo sobre os encontros, onde cada um manifestou seu pensamento, apresentou sua crítica e seu apreço pelo grupo de convivência.

Finalmente foi combinado que seria feito um contato para agendar a Consulta de Enfermagem – outra forma de atendimento, de modo individual. Em grupo, pode acontecer de uma pessoa sentir-se inibida para expor fatos de cunho mais íntimo, podendo então ser favorecido pela Consulta de Enfermagem.

4.3.2 Consulta de Enfermagem

Os integrantes foram convidados para participar desse momento com o objetivo de atender suas necessidades específicas. Essas necessidades foram identificadas nos encontros do grupo e não havia sido possível trabalhá-las no coletivo. Assim, foram agendadas consultas em horários disponíveis para cada um dos integrantes.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade específica, realizada pelo enfermeiro, e que vem sendo desenvolvida no Setor de Hemodinâmica como uma etapa da assistência de Enfermagem prestada às pessoas com problemas cardíacos, que foram submetidas ao cateterismo cardíaco.

Os objetivos da Consulta de Enfermagem, nessa prática, foram os de proporcionar suporte ao indivíduo com DAC que necessita de ajuda, com o objetivo de levá-lo à autonomia e estabelecer, pelo processo comunicativo entre cliente e enfermeiro, uma interação mais efetiva, visando atender necessidades específicas, favorecendo dessa forma, o enfrentamento da DAC.

No momento da consulta, enfermeiro e cliente com DAC compartilharam um mútuo conhecimento, com objetivo definido de cuidar e aprender, identificando a possibilidade de aprendizagem, a situação de saúde e também o que necessitava maior esforço da ação educativa.

A atenção individualizada, possibilitada pelo diálogo e pelo espaço para exposição de situações não verbalizadas no grupo de convivência, é importante. Muitas pessoas sentem-se inibidas e constrangidas em falar no grupo, portanto, quando suas necessidades são significativas, a busca de ajuda individual pode proporcionar

uma maneira para resolvê-las.

Por meio de processo comunicativo e pelo diálogo, a educação em saúde durante a Consulta de Enfermagem, busca suprir as necessidades que estão comprometendo o viver mais saudável. Incentiva, negociando para que a pessoa assuma o compromisso de desenvolver atitudes e comportamentos, favorecendo a mudança nos hábitos de vida.

Nessa proposta, três pessoas foram selecionadas com base no comparecimento de 100% nos encontros do grupo de convivência. Duas do sexo masculino e uma do feminino. Todas haviam, antecipadamente, realizado cateterismo cardíaco e eram portadoras de fatores de risco para DAC, dislipidemia e hipertensão arterial, com resultados de exame com alteração nas artérias coronárias. Todas as consultas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

No último dia do grupo de convivência, estabeleci que seria feito contato para agendar as consultas de Enfermagem. Posteriormente, estabeleci datas e horários para sua realização, segundo as opções de cada participante.

O primeiro participante da consulta de Enfermagem chamava-se Sr. Marcos, com 62 anos, pele clara, cabelos castanhos muito esbranquiçados, olhos castanho claro acinzentados, peso de 71,400Kg, altura 1,67m e pressão arterial normotensa, 110/80mmHg. Apresentava aparente proeminência abdominal. Segundo a nutricionista, entretanto, seu diagnóstico nutricional era considerado eutrófico pela classificação do índice de massa corporal (IMC). Uma característica pessoal era o seu bom humor e a tendência a brincadeiras. Apreciava muito o jogo de dominó com os amigos na praça XV; diariamente, à tarde, encaminhava-se para o local, para jogar ou para conversar com os conhecidos.

No momento em que chegou para a consulta, avalei que estava dispneico e cansado. Segundo ele, havia caminhado rápido da Serrinha ao setor de Hemodinâmica. Estava aguardando em lista para revascularização miocárdica, no Instituto de Cardiologia, em São José. Faziam três meses que foi avaliada como necessária a cirurgia e já estava aguardando há um mês e quinze dias com todos os resultados de exames. Seu prontuário e o resultado de exame de cateterismo cardíaco mostraram que possuía uma série de lesões nas artérias coronárias.

Na Consulta de Enfermagem, foram detectados os problemas que necessitavam de uma ação educativa:

- ✓ estava na lista de espera para cirurgia, mas não sabia como fazer contato com os responsáveis;
- ✓ sentia dificuldade para respirar ao caminhar no período matutino e também quando era contrariado;
- ✓ a relação com a esposa estava difícil, provocando alguns episódios de revolta;
- ✓ o tipo de alimento mais apreciado era carne assada de panela com “gordurinha”;
- ✓ estava ansioso pela espera da cirurgia;
- ✓ tinha receio que colocassem, durante a cirurgia, sonda para se alimentar;
- ✓ sentia-se desconfortável e preocupado caso alguém da Enfermagem, do sexo feminino, viesse a lhe dar banho enquanto estivesse internado;
- ✓ não tinha certeza sobre o problema no coração, por não sentir dor no peito;
- ✓ preocupado com o dia de pagamento de seu salário;
- ✓ sentia-se um pouco inseguro e sensível quando o assunto é morte;
- ✓ afirmava sofrer de enfisema pulmonar;
- ✓ estava inconformado por não conseguir trabalhar.

A educação em saúde concentrou-se em ajudar no entendimento da situação, na discussão das dificuldades, no reforço sobre a alimentação e, além disso, foi discutido a questão do medo da cirurgia e da morte. Sua condição de saúde, principalmente pulmonar, necessitava manter-se com medicação, e devia estar sob avaliação freqüente para ser estabelecido o momento propício de cirurgia. Isso porque ele sofria de enfisema pulmonar e os riscos eram potenciais de complicações.

Levei o Sr. Marcos a refletir sobre a cirurgia, quais eram seus sentimentos a respeito da morte e o seu significado. Falei sobre a separação dos entes queridos. Suas queixas, sua limitação para o trabalho e os exames realizados refletiam que ele estava com problema do coração e que necessitava de intervenção, requerendo atenção especial por sua condição física.

Conversar com pessoas que passaram por uma cirurgia contribuiria para lhe dar confiança e deixá-lo mais tranqüilo. Ele precisava administrar os conflitos em casa, agindo com tolerância e paciência. Foi reforçada a continuidade da alimentação, conforme havia sido orientado no grupo e também foi discutido como seria a cirurgia, a doação de sangue, a anestesia, a colocação de dreno no abdome, sendo prevenido que poderia acordar na unidade coronariana. Ele solicitou ser cuidado por pessoas do mesmo sexo. Finalmente, sugeri que fizesse contato com ambulatório de cirurgia cardíaca, com a enfermeira, para obter mais informação e orientações.

O segundo integrante da Consulta de Enfermagem chamava-se Sr. Vando, 52 anos, pele morena, cabelos pretos e olhos castanho-escuros, peso 71,400Kg, altura 1,77m e pressão arterial normotenso, 130/60mmHg. Aparentava estrutura corporal adequada, e, segundo a nutricionista, seu diagnóstico nutricional era considerado eutrófico. Como característica pessoal, mostrava seriedade nas atitudes e comportamentos, mas com capacidade de rir nos momentos de descontração. Gostava muito de cuidar e criar passarinho da terra e possuía um viveiro em sua casa.

O colesterol e o triglicérides estavam acima do limite, e o HDL(lipoproteína de alta densidade) estava baixo, considerado de risco para o Sr. Vando.

Realizou angioplastia com implante de dois stents nas coronárias, após utilização de três cateteres balões, com tamanhos diferentes, nos locais com lesões coronarianas e o resultado do procedimento teve sucesso (informação do relatório apresentado).

Na Consulta de Enfermagem, foram detectados os problemas que necessitaram de uma ação educativa. Alguns já haviam sido identificados no grupo de convivência e outros não:

- ✓ parâmetros de colesterol / triglicérides encontravam-se acima do limite, com baixo HDL;
- ✓ não havia percepção de que podia ocorrer recidiva ou novas lesões nas coronárias;
- ✓ estava com dificuldade no relacionamento familiar, principalmente com a mulher;
- ✓ recebia muita cobrança das filhas, por causa do tabagismo;

- ✓ mantinha o hábito de fumar, apesar de haver diminuído desde a última consulta (fumava mais de 1 maço ao dia);
- ✓ estava indeciso quanto a fazer acupuntura para fumante, que seria subsidiada por sua filha;
- ✓ ansiedade, irritação, agressividade com abstinência do cigarro;
- ✓ sentia dificuldade de reagir à pouca atividade que havia em sua vida;
- ✓ reagia com revolta quando era imposta uma situação domiciliar na relação pessoal com sua mulher.

A educação em saúde abordou, principalmente, a respeito do relacionamento com a família. Falou que havia conflitos - sua manifestação foi apenas nesse momento, mais privado. Foi orientado a tentar lentamente uma aproximação mais tranqüila com a esposa e com as filhas, sem agressão e com tolerância. Além disso, sugeri que buscasse a ajuda de um psicólogo, se não conseguisse resolver sozinho a situação em que se encontrava.

Também foi incentivado a participar do grupo no programa para cardíacos em São José, pois tinha dúvida se era interessante. A necessidade de melhorar suas condições era relevante, pois havia risco de novos eventos, com os exames alterados, mantendo-se fumante. O fato de demonstrar interesse em integrar-se ao grupo já estimulava um cuidado melhor de si mesmo. O afastamento do trabalho também contribuiu para conturbar a situação. Foi sugerido que seguisse o conselho da filha e procurasse um tratamento que o ajudaria com a sua dependência do cigarro, pois teria dificuldades decorrentes da ansiedade sentida ao ficar muito tempo sem fumar.

A última participante da Consulta de Enfermagem chama-se Sra. Ana, 43 anos, pele morena-clara e cabelos pretos curtos e ondulados e olhos castanho-escuros, peso 75,900Kg, altura 1,56m, pressão arterial com a PS acima do normal, 150/80mmHg e fazendo uso de medicação: Enalapril 10mg, 1cp/manhã; AAS infantil 2cp/no almoço; Hidroclorotiazida 25mg, 1cp/manhã; Sustrate, 1cp/ 3x ao dia e Omega gel 1x ao dia.

Aparentava obesidade. Na avaliação da nutricionista, o diagnóstico nutricional apontava obesidade em grau I. Suas características pessoais eram: carinhosa, delicada, alegre, humilde e preocupada com um dos filhos com problema escolar. Afirmava gostar muito de conversar, principalmente à tarde com a filha casada.

Em seu último exame, realizado no mês de abril, o HDL 62mg/dl e LDL 80mg/dl, ambos com níveis ótimos, demonstraram que ela está assumindo cuidados e mudanças de hábitos para controle do colesterol. Fez cateterismo cardíaco e, como resultado, apresentava tortuosidades nas coronárias.

Na Consulta de Enfermagem, foram detectados os seguintes problemas que necessitavam uma ação educativa:

- ✓ subir o morro provocava dor no peito e dificuldade respiratória ou com esforço, acelerando o coração;
- ✓ quando fazia esforço, sentia dor no peito e o coração acelerava;
- ✓ sentia preocupação com o futuro do filho, o que elevava a sua pressão arterial;
- ✓ tinha medo com relação ao futuro do filho;
- ✓ seu peso estava acima do normal;
- ✓ usava habitualmente tubérculos, como aipim, em quantidade acima do necessário.

A educação em saúde enfatizou-lhe o que foi abordado durante o encontro grupal sobre a dieta – os tipos de alimentos, principalmente a quantidade ingerida e a maneira de prepará-los. Pareceu ser este o cuidado mais crítico, não percebendo como está alterada a quantidade ingerida nas refeições, como aipim, batatas e massas, pois, no relato, a quantidade de sal e gordura conseguia controlar adequadamente. Foi reforçada a continuidade de caminhadas ao redor de casa para não subir o morro, evitando assim, esforço.

Devia orientar o filho com calma, interessando-se pelo que ele mais gosta, procurando falar sobre um futuro melhor e sobre o que conseguirá com os estudos.

A presença de dor no peito era um sinal de alerta de que algo não vai bem. Quando o sentisse, deveria parar tudo que estiver realizando, usar a medicação prescrita e, se não aliviasse, procurar uma emergência.

4.3.3 Entrevistas

A entrevista teve como objetivo ampliar a coleta de dados para aspectos mais específicos do processo de enfrentamento, especialmente os estressores.

Essas entrevistas foram momentos de encontro entre pessoas com DAC e a enfermeira, na qual procurei manter uma relação que possibilitasse a troca. Como as pessoas já haviam participado de alguns encontros, essa aproximação encontrava-se consolidada e isso foi muito positivo.

As entrevistas foram realizadas com seis pessoas que participaram do grupo. Apenas uma era do sexo feminino. Observou-se com a última entrevista já começava-se a obter dados saturados. Segui um roteiro (Apêndice A), tendo em vista a contemplação dos objetivos e o referencial teórico propostos, ao mesmo tempo, validando os dados encontrados nas duas etapas anteriores. Foi uma entrevista que contava com uma análise preliminar dos dados obtidos no grupo de convivência e nas consultas de Enfermagem, estando voltada para um melhor conhecimento a respeito dos estressores. As mudanças na capacidade física, na relação com a família, a convivência com a doença, especialmente os incômodos, as dificuldades e mesmo as facilidades do viver com uma DAC foram os pontos mais abordados.

As entrevistas duraram em torno de trinta minutos. Apenas uma teve de ser transferida por um problema surgido inesperadamente. O entrevistado, porém, foi avisado com duas horas de antecedência, ainda antes de ter saído de sua residência. A entrevista foi remarcada para data posterior. Todas foram gravadas em fitas cassete, e, posteriormente, transcritas para obtenção do discurso na íntegra. Também foram usadas algumas anotações para reforço, como os aspectos gestuais, as expressões faciais, os sentimentos e a observação do entrevistador.

4.4 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foram utilizadas as fases descritas por Trentini e Paim (1999), e aplicadas por muitos outros autores da área de Enfermagem. Esse processo também foi realizado com a supervisão da Orientadora, em vista da necessidade de seu conhecimento e experiência em pesquisa.

No processo de apreensão foi feita a codificação dos dados obtidos, e identificaram-se as informações a respeito do processo de viver com uma Doença

Arterial Crônica.

Na codificação das informações, os depoimentos foram codificados por acontecimentos e ações. Foram sublinhadas as informações consideradas relevantes pelas pessoas no seu viver e consideradas pelo pesquisador, por atender ao tema e objetivo do estudo.

Foi efetuada a leitura dos encontros, das consultas de Enfermagem e das entrevistas. Essa etapa requereu a leitura e releitura dos depoimentos e o investimento em reflexão e procura de novas referências bibliográficas, para subsidiar as falas dos integrantes do estudo. Este procedimento prenunciou como as pessoas vivenciam a DAC.

A categorização foi realizada com os dados que conferiam associação por suas características, destacadas com cores diferentes. Foram estabelecidas categorias como: **perdas**, como limitante; **ameaça**, como o medo permeando seu viver; e **desafio**, em seguir o tratamento que constitui em assumir novas incumbências. Esses dados foram anotados em todos os locais em que foram identificados, se no grupo(G), na consulta de Enfermagem(C) e/ou na entrevista(E).

O processo de interpretação foi composto de três atividades: a síntese, a teorização e a transferência, que procura os significados e contextualiza-os de modo a socializar os resultados. Segundo elas “a interpretação compromete-se com resultados do processo” (TRENTINI E PAIM,1999, p. 106).

No processo de síntese, agrupei tudo o que se referia a perda, ameaça e desafio buscando fazer as associações das informações.

No processo de teorização estabeleceram-se os estressores perda, ameaça e desafio, que as pessoas defrontam no seu processo de viver com a DAC. Esses estressores baseiam-se no referencial teórico de Avaliação Cognitiva primária, a primeira fase do processo de enfrentamento preconizado por Lazarus e Folkman (1984).

Procurei estabelecer, no processo de transferência, comparações e discussões com a literatura e o referencial teórico de Lazarus e Folkman(1984) e Silva(1990, 1997). Os estressores ‘perda’, ‘ameaça’ e ‘desafio’ foram discutidos buscando refletir para compreender o processo de viver das pessoas com a DAC. Esse processo é

dificultado, pois existem muitos dados que devem ser analisados à luz da literatura e do referencial para estabelecer um paralelo, para dar um significado aos achados do estudo.

Por intermédio da pesquisa convergente assistencial, consegui a compreensão de quais estressores decorrem do processo de viver das pessoas com a DAC, percebendo-se como os profissionais podem proporcionar sua contribuição nesse processo.

A última etapa constitui a socialização de resultados que, de acordo com Trentini e Paim (1999), acredita-se que deve ser realizada com a divulgação das informações coletadas e do conhecimento construído, em relevância às pessoas ou outras instituições.

4.5 Aspectos éticos

Considero a ética, de acordo como a definição de Vasquez (2000), a teoria, a investigação ou a explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, da moral, considerando-os na sua totalidade. Entendo como sua função a explicação, esclarecimento ou investigação de uma determinada realidade, elaborando os conceitos correspondentes.

Esta pesquisa observou rigorosamente os princípios éticos, abaixo apresentados.

O consentimento livre e esclarecido, dos treze participantes, para fazer parte do estudo, foi solicitado e obtido após a explicação dos objetivos propostos com solicitação de autorização por escrito do mesmo (Apêndice B). Procurei ser o mais esclarecedor possível, explicando o porquê da pesquisa, como seriam usados os dados, prevendo a proteção dessas pessoas em seu processo de viver com a DAC. Esta pesquisa, envolvendo seres humanos, tratou-os respeitando sua dignidade, sua autonomia, atendo-se a manter a fidelidade dos depoimentos, protegendo-os de julgamentos, críticas ou constrangimento.

O sigilo e o anonimato dos participantes do estudo foi garantido (saliento com codinomes), como também o foi o compromisso de divulgação no ambiente de

trabalho e na instituição, para conhecimento e discussão focalizada no desenvolvimento humano e profissional.

Procurei proporcionar educação em saúde, levando o conhecimento de como proceder, por exemplo, na escolha dos produtos alimentares, de acordo com sua função. Também procurei mostrar quais devem ser evitados, por causar prejuízo à saúde das pessoas com DAC. Essas informações foram dadas sem sugestão ou indicação de marcas a serem adquiridas. Procurei sempre respeitar as pessoas, quando desenvolvem maneiras não saudáveis de realizar sua dieta. Apenas orientei, com muito cuidado, o mais recomendável na situação. Prevaleci sempre às possibilidades de benefícios, não causando danos ou riscos. Durante as técnicas desenvolvidas, propicie liberdade para cada pessoa expressar-se no seu tempo e no seu ritmo, sem pressa, para evitar levá-las à ansiedade, principalmente, porque algumas pessoas estavam com a pressão arterial elevada. Após identificar este fato, perguntei se estavam utilizando o medicamento, ou se possuíam o medicamento para tomar naquele momento (beneficência).

Os procedimentos foram de cunho educativo, não exigindo esforço físico, pois cada um elaborava as técnicas de maneira leve, respeitando sempre a maneira de cada indivíduo expressar-se, não impondo nenhum conceito, mas recomendando a maneira que seria mais saudável para realizar as atividades diante dos problemas na sua situação (não-maleficência).

O conhecimento construído confere a importância que pode representar para as pessoas com base em depoimentos e interpretação da pesquisadora, que esteve subordinada à orientadora, não havendo repercussão negativa ou ônus às pessoas participantes do estudo. Todos, em termos de igualdade e justiça, podem usufruir desse conhecimento, porque apenas se obteve o consentimento de estudar, mas a socialização é o passo considerado mais importante e ser de interesse, em prol da sociedade (justiça e igualdade).

Procurei aplicar o conhecimento adquirido ao longo da prática e o do curso de mestrado, respeitando sempre os princípios científicos. Estes foram utilizados de maneira mais adequada, seguindo uma metodologia e um referencial reconhecido no meio científico da Enfermagem e da saúde.

A informação não será utilizada em prejuízo das pessoas e das comunidades, também em termos de auto-estima, de prestígio ou econômico financeiro. Garanti ainda o sigilo e assegurei a privacidade dos sujeitos, quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa (protegendo sua identidade com utilização de nomes fictícios).

Nesse sentido, o compromisso assumido com as pessoas foi mantido. Respeitei os que não queriam manifestar-se, por exemplo, não querendo expressar-se no grupo sobre seu relacionamento social, oportunizando essa expressão em situação particular, após o término ou na consulta de Enfermagem e/ou na entrevista. Nenhuma pessoa sofreu ou foi exposta a ser estigmatizada, pois foi tratada com cortesia, igualdade de direito e dignidade, antes, durante e após os momentos dos encontros. Procurei dar apoio nas suas dificuldades de compreensão, nas fases dos encontros de grupo de convivência, da consulta de Enfermagem e nas entrevistas. Respeitei a condição de cada um em todas as suas dimensões, não demandando uso de recurso financeiro do participante. O respeito foi considerado um norteador de conduta em todos os momentos. Todos receberam codinomes escolhidos pela pesquisadora, sem risco de identificação ou constrangimento.

Respeitei sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, assim como hábitos e costumes das pessoas e comunidades. Nenhum tipo de discriminação ocorreu durante todas as etapas do estudo, tanto pelo facilitador ou dos colaboradores ou participantes, considerando moral e eticamente relevante manter o respeito da pessoa em todas as suas dimensões.

A comunidade obterá o benefício do conhecimento pela sua divulgação na instituição em que foi realizado. Assegurei que os benefícios resultantes do projeto às pessoas participantes, sejam em termos de retorno social. Proporcionei acesso aos procedimentos ou produtos. O benefício será pela aplicação do conhecimento por profissionais e realizado pela pesquisadora durante a prática assistencial e nos trabalhos que serão futuramente realizados.

Foram fornecidas explicações, esclarecimentos e instruções em linguagem acessível aos participantes do estudo. Esse foi obedecido e respeitado, seguindo a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (2002), sobre diretrizes e normas regulamentares de Pesquisa com Seres Humanos.

A linguagem foi estabelecida procurando facilitar e respeitar as dificuldades e limites de algumas pessoas. As pessoas selecionadas para o estudo já haviam tido anterior contato e cuidados da pesquisadora. Portanto, estavam mais aptas a compreender sua linguagem, pois se buscou fornecer o entendimento das pessoas com explicação detalhada e responder às dúvidas que surgiam.

Dei liberdade aos sujeitos da pesquisa de se recusarem a participar ou retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao cuidado. Durante todo o processo, procurei atender às solicitações dos participantes e não impor nem conhecimento, nem a vontade da pesquisadora, permitindo a livre tomada de decisões, por se acreditar ser a liberdade um dos fundamentais direitos do ser humano. E nenhum prejuízo foi imposto a quem durante o estudo colocou-se de modo crítico ou não esperado à pesquisadora.

Nessa perspectiva, o profissional deve corresponder a essa dignidade, mantendo o participante da pesquisa informado da situação que vivencia, para que possa decidir sobre seu cuidado, as relações que participa e ser agente do seu processo de decisão, respeitando a autonomia do ser para optar seu próprio percurso.

O projeto da prática assistencial foi aprovado pela Comissão de Ética de Enfermagem da Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário.

O projeto do estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina e atendeu a todas as suas exigências, seguindo as normas vigentes no País, quanto à pesquisa com Seres Humanos e respeitando todos os seus princípios, recebeu aprovação.

“A última liberdade humana – a capacidade de escolher a atitude pessoal que se assume diante de determinado conjunto de circunstâncias”.

Allport (apud FRANKL, 1991, p.9)

5 OS ESTRESSORES DECORRENTES DO PROCESSO DE VIVER DE PESSOAS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)

A análise dos dados permitiu a compreensão de que a DAC provoca importantes mudanças na vida das pessoas. Essas mudanças podem ser percebidas como estressores ao excederem a capacidade de cada um lidar com elas. Utilizando o referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984), adaptado por Silva (1990), que estudou pessoas com doenças crônicas, verificou-se que as pessoas podem considerar a DAC como perda, como ameaça ou como desafio.

O processo de análise dos dados partiu da compreensão do estresse como decorrente do relacionamento da pessoa com seu ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), cujo foco esteve voltado para a identificação dos eventos que trazem uma sobrecarga aos recursos que as pessoas com DAC possuem para lidar com esses eventos constituindo-se em estressores.

Para Lazarus e Folkman (1984), as **PERDAS** ou danos são compreendidos como aquilo que leva a uma incapacidade e que traz algum dano para a auto-estima ou para a posição social da pessoa. As principais perdas identificadas no presente estudo foram as relacionadas com a **incapacidade física**, ou seja, as pessoas passaram a ter limites em suas atividades cotidianas, tanto nas mais simples, como cuidar de sua higiene, até nas que exigiam uma maior capacidade física, como correr, por exemplo. Essa situação, em muitos momentos, provocou a perda da autonomia, configurando algo que modificou o processo de viver das pessoas, influenciando até mesmo seus papéis sociais e a percepção de sua inserção no mundo. Outra perda importante está relacionada ao **trabalho**. Destaca-se como uma perda diferente da capacidade física, apesar de ambas estarem extremamente inter-relacionadas, uma vez que as mudanças no trabalho são, em sua maioria, decorrentes da incapacidade física.

As alterações nos **relacionamentos sociais** também foram avaliadas como perda. Esses relacionamentos incluíram os mais próximos, como o cônjuge e os filhos, e os vinculados às relações de amizade, também atrelados ao lazer.

As perdas anteriormente indicadas tiveram um ponto em comum: estavam fortemente relacionadas à presença da dor precordial. A dor foi o elemento mais citado pelos integrantes do estudo, como algo que passou a interferir no seu viver cotidiano.

Ter de **parar de fumar** foi outra perda apontada, uma vez que o fumo está vinculado a uma dependência física, que provoca sensação de bem-estar. Geralmente, o fumo é um hábito de muitos anos e que, apesar de suas repercussões negativas no sistema cardiovascular serem amplamente divulgadas, as pessoas têm dificuldade em fazer essa associação, relutando muito em abandonar o hábito, considerado como mais um estressor para a pessoa com DAC.

A necessidade de mudanças na **alimentação**, trazida pelo tratamento da DAC, é considerada como um estressor por provocar a perda do prazer de comer o que se gosta. As referências a esta perda foram sutis, com posições algumas vezes conflitantes entre reconhecer a sua importância, mas ao mesmo tempo, prorrogar a decisão de limitar o uso do sal e da gordura na alimentação.

Com relação às **AMEAÇAS**, estas estão vinculadas à antecipação de que algo ruim pode ocorrer, ou seja, de uma futura perda ou de um dano iminente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). No presente estudo, percebeu-se que as ameaças estavam relacionadas ao **medo da morte**, das **complicações da doença** (dor e aumento da pressão arterial) e também com a possibilidade da **realização de uma cirurgia cardíaca**.

Quanto aos **DESAFIOS**, estes são compreendidos como algo que mobiliza as pessoas para alcançarem seu potencial. É considerado um estressor porque requer das pessoas uma superação, gerando, segundo Lazarus; Folkman (1984), avidez e excitação ou estimulando-as. Nessa perspectiva, em alguns momentos da análise dos dados, houve dúvidas se eles realmente constituíam estressores para os integrantes do estudo. A decisão por mantê-los, entretanto, foi por acreditar-se que o estresse não é algo que imobiliza as pessoas, mas é o que gera um processo de enfrentamento. Assim, o principal desafio trazido pela DAC foi o de **seguir o tratamento** indicado pelos profissionais de saúde. Os elementos do tratamento geradores de estresse foram: tomar medicamentos, fazer a dieta, fazer exercícios físicos, além da realização da cirurgia, que também foi analisada como uma ameaça.

5.1 DAC como perda

A DAC foi considerada pela maioria dos integrantes do estudo como uma importante perda, porque lhes impõe um elevado grau de restrições ao processo de viver. Há da parte deles, a percepção de que existe necessidade de reorganizar e agregar modificações no seu cotidiano, para resgatar uma condição o mais próxima da anteriormente vivida, considerada por eles como normal.

5.1.1 Perdas na capacidade física

As alterações na capacidade física, geralmente referidas como limitantes, estavam relacionadas à vida diária das pessoas, no sentido de que passaram a ter mudanças em suas atividades corriqueiras, como os afazeres domésticos, as atividades de lazer e as interações sociais. Também repercutiu em outros âmbitos de suas vidas, tais como a mobilidade e a autonomia.

Na situação de conviver com a DAC, a dor precordial foi um dos componentes do estudo mais destacados, por impor alterações dentro de suas rotinas, como mostra o depoimento de Marcos:

[...] também não saio como saia antes. Tenho medo de sair. De uma hora para outra, sozinho, pode acontecer uma dor forte que não possa socorrer. Tem muitas coisas que o fulano acha que mudou (Marcos – E3).

Quando a pessoa não consegue realizar e assumir o que fazia antes, sente-se desvalorizada, insatisfeita, provocando inclusive mudanças na percepção de seu papel e inserção no mundo.

A maioria dos sujeitos deste estudo eram do sexo masculino e dentre as responsabilidades que essas pessoas assumem no seu cotidiano estão as atividades fora do espaço doméstico, como principal meio produtivo e mantenedor da família, além da realização de algumas atividades como consertos de equipamentos domésticos, estruturas da moradia e transporte de familiares.

Muñoz et al (2003) relatam que as pessoas se sentem derrotadas pelo sentimento de inutilidade, anulação e impotência, por não conseguirem realizar as mesmas atividades executadas anteriormente, quando eram saudáveis, desenvolvendo, assim, o temor de perder a autonomia.

Isso traz à luz as conseqüências de sua condição de saúde, repercutindo em diferentes aspectos de sua vida. Messa (2004) reforça essa percepção, dizendo que as pessoas demonstram dificuldades em conviver com a dor no peito, permitindo-se sentimentos de impotência e desânimo, favorecendo o fortalecimento da sensação de perda constante e estabelecendo limitação corporal.

A DAC provoca prejuízo na qualidade de vida. Wajngarten e Oliveira (2003), sugerem que cerca de 40% dos casos de DAC apresentam redução da capacidade física e ressaltam, ainda, ser a idade um risco à parte, representando, ao grupo de pessoas idosas, a possibilidade de morte um ano após o IAM.

Alguns integrantes do estudo identificaram a DAC como perda de sua capacidade de viver plenamente seu dia-a-dia, diminuindo seu bem-estar e levando-os a conviverem com incapacidades, especialmente as alterações da mobilidade que acabam por restringir sua participação em atividades sociais, esportivas e, mesmo, a realização de atividades domésticas, como fica evidente nos seguintes relatos:

Não consigo caminhar. Se tiver que caminhar, sinto dor [...] se tiver que caminhar, fico liquidado. Não adianta insistir (Aldo – G3).

Antes eu era um homem livre, fazia o que queria. Agora, tenho medo de fazer as coisas. [...] Às vezes pegava num serrote para fazer alguma coisa, a mulher dizia 'Por que vais fazer isso? Não podes!'. A mulher não deixa fazer nada. Então tu ficas sempre cortado (Oscar – E5).

Para os integrantes do estudo, a DAC provoca o conflito que se configura, principalmente, como receio da perda da autonomia, porque estabelece uma relação de dependência de outras pessoas. Essa imposição acarretada pela redução da capacidade física limita a locomoção e compromete as possibilidades desejadas ou metas almejadas.

Oliveira (2001, p. 1) destaca que autonomia é “o poder de deliberar e decidir sobre suas próprias questões, sem depender de outras pessoas”. O ser humano é autônomo pelo processo de emancipação que lhe confere a conquista da humanidade.

Schneider e Bub (2002) ressaltam que a pessoa possui autonomia quando realiza suas atividades cotidianas de maneira satisfatória, mantendo-se independente e com capacidade de controlar sua vida. Trata-se de conhecer seus relacionamentos sociais, praticar sua cidadania, além de reconhecer a capacidade de fazer suas próprias escolhas, em vista de suas expectativas, crenças e valores, independentemente de anuência ou não dos profissionais, pois não é uma concessão de uma pessoa para outra.

A ausência de autonomia ou seu comprometimento, desencadeia a sensação de restrição ou o impedimento de agir com liberdade. A pessoa com DAC percebe o comprometimento de sua autonomia quando surgem sentimentos de frustração, de medo e/ou de angústia, especialmente quando sente que depende de outras pessoas, rompendo com o valor da integridade de existir numa relação mais completa com o mundo em que se encontra inserida.

A perda da autonomia passa então a ser vista como um importante estressor, pois as pessoas desejam manter um controle nas decisões a respeito de sua vida.

Depois do cateterismo não prestei mais. [...] Essa dor não é normal. Faz um ano e meio que eu fiz a cirurgia. Com dor 24 horas por dia. Estou com ardume no peito [...] já comi o pão que o diabo amassou. Não consigo nem dormir direito. É dor direto [...] não consegui pegar o caminhão. Tenho que mudar de serviço. Que situação! Tenho que servir cafezinho. O que é isso? (Oscar – E 5).

Esse depoimento remete a reflexões sobre a perda do controle de suas vidas, pois a autonomia é um poder exercido pelas pessoas ao estabelecerem suas próprias regras, definindo interesses e relações. A vontade e a capacidade de agir são necessárias para o exercício de autonomia. Capacidade de agir é a possibilidade de se manifestar, fazendo valer seus interesses. Apesar de os integrantes do estudo não terem perdido completamente sua capacidade de agir, as limitações, especialmente as físicas,

foram consideradas como significativas, gerando preocupações e sentimentos de frustração.

Geralmente as pessoas apresentam, segundo Nucci (2003), dificuldade de reapropriar-se de sua autonomia, necessitando, para isso, de uma nova organização de sua vida. Esse parece ser um ponto crítico para a maioria das pessoas, pois requer mudar hábitos, repensar valores e efetuar uma ruptura com uma rotina anteriormente construída. Para alguns integrantes do estudo, esse foi o foco do problema, pois não conseguiram estabelecer essa organização, passando a se tornar dependentes de outras pessoas para conduzir suas vidas, deixando de manter-se no controle.

Ainda em relação à autonomia, Wash (1995, p. 277) afirma que estar em dependência “requer a aceitação de suas forças e de suas limitações e a capacidade de permitir-se ser dependente quando necessário”.

Estabelecer o compromisso consigo e com os outros pode ser o caminho para equacionar essa dependência e limitação na vivência das pessoas com DAC. Pensando nisso, é importante ancorar-se no presente para ultrapassar as limitações e as dependências, surgindo com isso a perspectiva de um viver melhor.

5.1.2 Perdas no trabalho

A obrigatoriedade de realizar mudanças no trabalho foi um estressor referido por diversos integrantes do estudo. Dentre as alterações, destacaram que a DAC estabelece novos limites, expondo-os a serem julgados como incapazes ou até não compreendidos por colegas de trabalho, que não visualizavam seu problema de saúde. Essa situação altera a auto-imagem, pois requer revisão de suas atividades, incluindo mudanças nos relacionamentos com o grupo de trabalho.

Um dos integrantes do estudo disse que a principal alteração no seu trabalho foi a troca de função, passando a realizar uma atividade que não requeria especialização e era pouco valorizada. Outros relataram não poder mais trabalhar com objetos/serviços pesados, provocando sentimento de impotência e incapacidade. Essas limitações no trabalho, como afirmado anteriormente, estão diretamente relacionadas a perdas na capacidade física.

Percebi que, ao mesmo tempo, rejeitam suas limitações, mas reconhecem que têm necessidade de mudar seu ritmo de trabalho. Essa situação gera conflitos que tornam ainda mais evidente a situação estressante vivenciada. Reconhecem os limites impostos pela DAC, mas desejam preservar a capacidade que ainda possuem. Há uma validação de sua condição quando relatam que “não adianta fazer as coisas que não posso”.

Alguns integrantes do estudo expressam as mudanças no trabalho, valorizando-o como importante expressão do viver humano:

Fazia um trabalho de motorista. Não querer agora que eu sirva cafezinho na firma, diminuindo o ordenado. O doutor queria que eu fizesse isso. Sou obrigado a servir cafezinho. Por que não me encostam ou aposentam? (Oscar – E5).

Trabalhar faz parte do homem, se não trabalhar eu acho que não sou[...] Quem não trabalha não pode se considerar um homem, né? Eu sempre trabalhei, apesar de não gostar de trabalhar no posto de gasolina. Daí, depois que me deu isso daqui, eu mudei (Vando – G4).

Assumir uma função laborativa diferente e menos valorizada desencadeou, no caso de Oscar, o sentimento de perda, além de insatisfação, revolta e receio da perda salarial. O sentimento de impotência dificulta as relações no ambiente de trabalho e no contexto familiar, podendo gerar comportamento agressivo ou de frustração e inconformidade.

Para Adam e Herzlich (2001), a aceitação da construção de uma nova atitude parte do princípio de que o modelo a ser adotado mantém os mesmos valores culturais das pessoas envolvidas. Há possibilidade de o homem ficar em casa e a mulher sair para trabalhar, provocando, na percepção destas pessoas, uma inversão de papéis, o que pode gerar conflitos e constituindo, em decorrência disso, arranjos familiares frágeis. Tais reorganizações podem levar a questionamentos do sentido de existência e da auto-imagem. Há uma perda de identidade decorrente da doença, levando quase sempre a mais sofrimento.

Culturalmente, na nossa sociedade, os papéis do homem e da mulher possuem um valor distinto e, de acordo com a faixa etária dos integrantes do estudo, há o

predomínio do homem como principal provedor e chefe da família, demonstrando o conflito vivido por essas pessoas com DAC, com impedimento ou restrição no trabalho que realizavam antes de surgir a doença.

Mudanças na natureza do trabalho podem ter repercussão na vida das pessoas que se encontram nessa situação, pois influenciam nas aptidões, no prazer de realizar trabalhos de que gostam e de obter um retorno financeiro que supra suas necessidades e de suas famílias.

Nucci (2003) afirma que o trabalho leva o homem a construir sonhos e realizar projetos como forma de expressão e identificação. E, por meio do trabalho, o homem é modificado e modifica o ambiente em que está inserido e torna-se capaz de elaborar sua própria identidade e sua historicidade.

É inerente ao homem ter essa capacidade de construção de sua identidade masculina, diferenciando-se pela singular maneira com que executa sua aptidão e manifesta seu poder criativo. Defrontando-se com restrições em seu trabalho e no desempenho de seus papéis na sociedade, encontra-se sujeito a entrar em conflito consigo mesmo e com as pessoas que o cercam no seu ambiente familiar e no ambiente de trabalho. As pressões sociais tornam-se evidentes, porque a sociedade valoriza a saúde e a produtividade.

Foi possível observar que as mudanças requeridas aos integrantes do estudo desencadeiam frustrações ao perceberem prejuízo na qualidade do seu trabalho, que passa a não os satisfazerem.

As palavras de Vando refletem sua insatisfação e frustração com o fato de não mais trabalhar. Além de atividade laboral em si, ele destaca o prazer proporcionado pelo trabalho:

Essa vida parada, fechada, não agüento mais. Enquanto no serviço, a minha vida era diferente, vivia a maior parte do dia lá. A gente brincava. Isso provoca muito a gente (Vando – C2).

O afastamento do trabalho por problema de saúde teve repercussão na vida do Sr. Vando por constituir uma perda de algo considerado “bom”, que lhe proporcionava prazer, sendo mais um dano na sua auto-estima.

Patrício e Casagrande (1999) afirmam que o trabalho tem significados diferentes para as pessoas, dependendo de sua subjetividade e do seu momento histórico. A pessoa precisa manter-se ocupada, porque isso lhe proporciona prazer.

O trabalho pode ser fonte de satisfação, realização pessoal e profissional e de subsistência. Por intermédio do trabalho, o ser humano expressa seu talento, criando maneiras de fazer e desenvolver seu pensar crítico sobre sua ação. Seu olhar sobre sua atividade pode ser de apreço ou de desgosto. Isso ninguém lhe impõe, é próprio do seu eu. O trabalho possibilita-lhe sentir prazer ou desprazer; mas, com seu potencial, busca, na maioria das vezes, aprimorar-se superando sua própria criação. O trabalho é visto como algo que dá sentido à vida do ser humano.

A DAC constitui uma das doenças que atinge muitas pessoas na sua fase mais produtiva. Por isso, compromete tanto a pessoa quanto sua família e também os empregadores que podem perder um profissional capacitado e treinado.

Um outro limite apontado pelos integrantes do estudo com relação ao trabalho é o estabelecido pela família. Esta passa a interferir na realização de atividades que julga sobrecarregar a capacidade da pessoa acometida pela doença.

Para alguns integrantes do estudo, não poder trabalhar com objetos pesados, não poder pegar peso ou fazer esforço configurou-se como uma perda, estabelecendo limites em suas vidas, conforme relatam:

Não dá para trabalhar também. Quer dizer, num serviço muito pesado. Aí, dá aquela dor, cansa. [...] não tinha lugar para trabalhar, para fazer, para movimentar o corpo. Isso era para mim o pior [...] trabalhava de pedreiro (Marcos – E3).

Gosto de tudo, trabalho no pesado [...] gosto de capinar e não sei o que posso fazer agora (Marilu – G1).

Não, não dá para trabalhar. Se, é para pegar uma coisa pesada, pego, mas paro, andar já não dá (Valmor – G4).

Esses depoimentos denotam um sentimento de insatisfação pela impossibilidade de expressar-se por meio do trabalho. Significa elaborar de modo intuitivo e inteligente o trabalho para obter prazer em realizar e produzir algo.

O desempenho de uma atividade laborativa pode propiciar à pessoa com DAC, um fator motivador de continuar seu tratamento e sua reabilitação, buscando adequar-

se, reorganizando seu trabalho para recuperar alguma satisfação.

Esse pensamento é convergente com o estudo de Trentini et al (1990), ao observarem que as perdas de ordem financeira, incluindo afastamento do trabalho e aposentadoria antecipada, constituem um importante estressor.

Marinho (2002) notou em seu estudo com pessoas com IAM, que é marcante a limitação apontada na relação com o trabalho, que vai além da capacidade física. Ressalta também que o trabalho parece ter um significado importante para todos, constituindo fato gerador de preocupação pela necessidade de subsistência para essas pessoas, por serem mantenedoras de sua família.

Um outro integrante do estudo destacou o conflito acarretado pelas mudanças no trabalho, especialmente com relação aos aspectos financeiros.

Tem, muitas vezes, eu vou falar uma verdade muito dolorosa, às vezes a situação financeira faz a pessoa ter problema, acarreta muito, cada vez mais ser forçado a trabalhar no pesado (Valmor – G4).

A necessidade de prover recurso para si e para sua família pode demandar em assumir um trabalho que exige um esforço acima de sua capacidade, trazendo, ainda mais, prejuízo para a sua condição de saúde.

Outro aspecto interessante é a relação que os integrantes do estudo fazem entre saúde e trabalho, como por exemplo:

Trabalhar significa ter saúde. Quando eu trabalhava, eu tinha saúde. Se a pessoa trabalha não sente a doença, não sente nada (Marcos – G4).

Ah. Quem tem trabalho está no céu, não tem doença, não tem nada. Depois que parei de trabalhar acabou tudo. Não dá mais, não tenho força. Não posso cortar lenha no mato (Ari – G4).

O valor do trabalho para os integrantes do estudo representa sua relação de estar no mundo e ser responsável, contribuindo para a construção de um futuro melhor, com dignidade. Quando não conseguem realizar o trabalho, significa que perderam a saúde.

Nucci (2003) ressalta essa percepção ao referir que, ao assumir a doença e o tratamento, a pessoa despoja-se de um papel social que está vinculado à imagem de uma pessoa ativa e produtiva, porque a sociedade valoriza a saúde e a produtividade.

Portanto, a limitação em relação ao trabalho atinge a pessoa, constituindo-se um importante estressor para as pessoas com DAC, pois estas não conseguem manter um desempenho com a mesma qualidade e esforço, diminuindo seu valor perante si mesmo e seus colegas, podendo, portanto, comprometer suas relações no mundo do trabalho e da família, como ressaltado anteriormente.

O não reconhecimento de sua condição de saúde no ambiente de trabalho é referido como desgastante e até humilhante. A doença cardíaca, de maneira geral, não se exterioriza, apesar dos fortes limites que pode impor e da dor que pode provocar. As pessoas, de um modo geral, precisam ter o reconhecimento pelos seus pares, evidenciando que sua situação não é voluntária e que precisam de uma readaptação.

Sou doente... não posso demonstrar que estou doente. Não é todo dia que a gente tá boa! Não pode mostrar para as outras pessoas (Marilu – G2).

O sentimento de vergonha, de “sentir-se doente”, pode levar à negação da condição a qual vivencia, ou ainda de esconder sua condição, por seus valores e crenças estarem influenciando essa maneira de pensar. Provavelmente, o indivíduo acredita que, se afirmar que está doente e que sente desconfortos, deixará de ser reconhecido pela família, que tem o trabalho como um valor que se sobrepõe a outros, como o bem-estar, por exemplo.

Desse modo, não trabalhar, não ter uma vida produtiva, pode causar frustrações, raiva e sentimento de impotência para modificar a situação.

Patrício e Casagrande (1999, p.350) ressaltam que:

A qualidade de vida está relacionada às atividades ocupacionais desenvolvidas no trabalho [...] Trabalho é muito importante para a relação interpessoal, seja pelo prazer do ofício que desenvolve, seja pelo que este promove diretamente através da atividade em si, seja pelo que este proporciona.

Acredito que o trabalho dá significado à vida, proporciona benefícios como seu sustento e o da família, atende a desejos e possibilita atividades que resultam em prazer. O mesmo pode-se dizer da própria atividade laborativa e das interações

decorrentes desta com as demais pessoas e outros ambientes.

O trabalho, para alguns integrantes do estudo, significa um fator que lhes dá sentido à vida, fonte de força, segurança e satisfação; significa “viver mais”. As perdas no processo de trabalho decorrentes da DAC são, portanto, percebidas como estressores.

5.1.3 Perdas nos relacionamentos sociais

As interações familiares são afetadas pela DAC, por impor modificações na dinâmica da família, especialmente, como resultado de necessidade de novos cuidados. Ocorrem mudanças, como a troca de papéis, investimentos de recursos humanos e materiais e de informações para tentar enfrentar a situação, como podem ser observado em alguns relatos:

[...] fico pensando nisso, na família, na responsabilidade, dependo mais da mulher para tudo (Oscar – G5).

Fiquei tão agitado, eu não era assim. Eu grito com a mulher, eu grito com os filhos. Eu não era assim. Eu era calmo. Fiquei nervoso depois da cirurgia, assim agitado (Oscar – G4).

As relações dentro da família podem ficar conflituosas, com desgaste da harmonia, decorrente das alterações de papéis não desejadas, como aconteceu com Oscar, em que sua mulher assumiu todos os cuidados e responsabilidades, tomando decisões que antes lhe eram pertinentes.

A DAC afetou os integrantes do estudo por provocar uma ruptura entre uma vida anterior e uma nova situação com dependência do pai, da mãe, do filho, enfim da família, como pode ser percebido na fala de um integrante do grupo:

[...]viajar para longe sozinho, passeio para ficar de um dia para outro. Os filhos não deixam[...] fui à Aparecida do Norte, foram três dias, a família foi junto, não viajo sem eles (Marcos – E3).

Lá em casa não faço nada. Só fico vendo eles trabalharem. O filho diz: o pai fica aí sentado. A mulher diz: já era mandrião, agora vai ficar mais (Marcos – G4).

Como o ser humano fundamentalmente é um ser de relações, para se tornar

pleno, autônomo, necessita desenvolver-se com base em relações de igualdade, de respeito. É a sua integridade que lhe permite tomar decisões no ambiente social em que vive.

Nos relatos anteriores, é possível perceber certa mágoa, refletida nas alterações das relações da família. É importante destacar que as pessoas que tiveram mais alterações em seus relacionamentos familiares, foram aquelas em que as diferenças já existiam previamente à doença. Apenas foram agravadas pela situação.

Quando há comprometimento de sua saúde, seja pela imprevisibilidade de seu estado ou pela ocorrência de dor no peito, percebe-se um ser com perda do bem estar, perdas afetivas e sociais, com repercussões nas suas relações mais íntimas.

Meu marido me deixou assim doente. Um caso sério (no grupo). Eu vivia com muito estresse, muito cansaço, muita incomodação. Com o marido, não com os filhos. Ele acabou comigo. Ele bebia muito, era agressivo. Pus um ponto final. Aí nos separamos. Precisei colocar no juiz, polícia para poder separar. Foi melhor assim. Meus filhos já estavam revoltados, eu também. Agora foi resolvido. Ele era o mesmo que não ter marido. Minha filha me acompanhava pra tudo (filha mais velha, casada) (Ana – C3).

A Sra. Ana vivenciou com seu relacionamento conjugal muito sofrimento, porque o marido fazia uso de bebida alcoólica e era agressivo. Ela sofria maus tratos, de ordem emocional e física, o que, conseqüentemente, também atingia seus filhos ainda menores. São situações que, freqüentemente, geram frustrações e em que a vítima vive no círculo vicioso, sentindo-se impotente e mantendo essa dominação pela violência. Percebeu-se que a Sra. Ana chegou ao seu limite. O seu relacionamento familiar era difícil, sendo, portanto, mais um estressor. Pode-se dizer que não foi a doença que agravou esse relacionamento, mas esses conflitos se tornaram fatores agravantes em sua condição.

Assim, a DAC tanto pode afetar os relacionamentos sociais, quanto pode ser afetada por eles. As alterações físicas são o fator mais importante, pois comprometem a capacidade de trabalho, de locomoção, impondo limites que, de algum modo, repercutirão na vida social das pessoas.

5.1.4 Perda do prazer de fumar

Os integrantes do estudo manifestaram que parar de fumar constituía um

estressor, pelo fato de serem obrigados a parar com um hábito que fazia parte de seu cotidiano. Eles reconhecem que fumar é prejudicial à sua saúde. A decisão, porém, fica subjugada pelo desejo, pelo hábito. Essa dependência é decorrente do elo entre a nicotina e a liberação da endorfina, que dá a sensação de euforia e bem-estar (BORJA, 1999).

Alguns integrantes do estudo relataram como são afetados por esse estressor:

A única coisa que não tomei consciência ainda é que não deixei de fumar. Fumo mais de um maço de cigarros por dia. Eu tenho que diminuir. Necessito diminuir. [...] Dá aquela ansiedade. Tem que ter. Se não tiver o cigarro, a gente fica fora do normal da gente. Fica irritado. Então estou evitando fumar dentro de casa. (Vando – C2)

Vários estudos têm confirmado o efeito negativo do fumo, especialmente para pessoas com DAC. Em um estudo com 106.745 pessoas do sexo masculino na Coreia, o fumo foi considerado o maior fator de risco de doença cardiovascular (GUS, FISCHMANN e MEDINA, 2002).

Gauí et al (1999, p. 682) ressaltam que

abandonar o hábito de fumar é essencial para a prevenção secundária do IAM, já que o tabagismo dobra a mortalidade global, promove vasoespasmos coronarianos e reduz os efeitos anti-esquêmicos dos betabloqueadores.

Assim, o fumo torna-se um estressor pelo conflito que gera entre a percepção da importância de ter de parar de fumar e o prazer proporcionado por ele.

Algumas pessoas conseguem, com pouca dificuldade, vencer a dependência. A maioria, no entanto, encontra-se entre os que lutam e percorrem um caminho longo, sem resultado satisfatório.

Quando, eu entro no quarto sinto cheiro de cigarro. Costumo fumar ali dentro. Às vezes agarro nojo daquilo, passo a fumar só na rua. Preciso parar (Vando – C2).

O que vai é da cabeça da pessoa e a idéia, o capricho para largar o cigarro; não precisa mudar de religião (Osni – G4).

Não é totalmente verdadeira essa colocação de ser da “pessoa” e do “capricho”, para deixar de fumar. Há uma dependência química da nicotina que provoca alterações

físicas/psicológicas com sua abstinência. Muitas dessas pessoas iniciaram, já na adolescência, o hábito do tabagismo. Portanto, a dependência química é muito forte, dificultando o abandono do hábito.

Rigotti (2004) sugere que uma nova corrente da medicina considera o tabagismo como uma doença crônica. Ressalta a necessidade de se adotarem novos hábitos. A maioria dos fumantes necessita de ajuda, além de força de vontade e até de auxílio de medicamentos para abandonar o vício do cigarro. A ajuda pode ser sob forma de um antidepressivo, de um implante de nicotina ou de terapias comportamentais.

Desse modo, percebi que o que deve ser considerado não é somente a consciência da necessidade de abandonar um hábito, mas a superação de uma dependência, que é física e psicológica.

O conflito entre estes dois aspectos (saber que precisa parar e sentir necessidade de fumar), gera um importante estressor que deve ser considerado no atendimento a essas pessoas. O apoio proporcionado pela família à pessoa com DAC requer, também, orientação dos profissionais para que seja num modelo saudável de ajudar. Se esse auxílio acontecer em forma de cobrança, poderá comprometer potencialmente as suas condições.

Minha filha quer me encaminhar. Falou que vai marcar para fazer acunpuntura. Vai pagar para mim. Diz: vai pai, pago para ti. É, vou procurar (Vando – C2).

A perda do prazer de fumar é um estressor que ficou bastante evidente. Porém, a vitória na superação dessa perda é vista como algo positivo:

Sem querer parar de fumar, não adianta fazer nada. Isso é o caráter da pessoa. Parei de fumar e não deu vontade. É difícil só nos primeiros dias. Se não tem vontade não consegue. Não adianta nem tentar. Não gaste dinheiro, porque não dá certo. Porque gastei dinheiro, e não deu certo. Até que me conscientizei em parar. Deixei fácil e me senti melhor. Na primeira semana senti com mais fôlego, melhor. Levantei pela manhã com outra disposição (Aldo – G3).

O fumante tem consciência de que o fumo permanece agredindo a sua saúde.

Além disso, surge nele o sentimento de ser incapaz de enfrentar esse combate, levando-o ao desestímulo para lutar contra isso.

Rigotti (2004) afirma que há basicamente dois métodos que fornecem eficácia superior para tratamento dos fumantes. Um faz uso de remédios à base de bupropiona, que é um antidepressivo. O outro consiste na reposição controlada de nicotina.

As terapias comportamentais têm tido eficiência comprovadas. Geralmente, são aplicadas em grupo, mas também podem ser individuais e até através de consultas por telefone. Fundamentalmente as pessoas entendem por que fumam e conseguem identificar as situações em que se tornam ansiosas por um cigarro (no trabalho, após as refeições, para relaxar, etc.). Pretende-se, com a conscientização, facilitar a mudança de atitude, rompendo o circuito cerebral que promove a vontade de fumar. Nesse sentido, as pessoas fumantes aprendem a lidar com seus sentimentos sem apelar para o cigarro. Mas sabe-se que as terapias comportamentais tornam-se mais eficientes quando associadas com medicamentos (RIGOTTI, 2004).

O inconveniente das terapias comportamentais é devido a uma série de consultas ao psiquiatra ou psicólogo, o que requer um tempo longo e um custo elevado. Para parar de fumar, são as terapias comportamentais as consideradas como práticas, porque reeducam as pessoas e fornecem-lhes apoio, sendo tudo do que elas inicialmente necessitam.

As estatísticas não têm funcionado devidamente como alerta de que um fumante encontra-se sujeito a três vezes mais de sofrer distúrbios cardiovasculares que os não-fumantes. O sucesso no tratamento continua com um percentual de 40% em longo prazo. De cada cem pessoas que rompem com o vício sem ajuda terapêutica, cinco conseguem abandoná-lo de fato (RIGOTTI, 2004).

Algumas pessoas deixam de fumar com maior facilidade do que outras. Essa diferença de sucesso no parar de fumar dá-se por conta da genética que predispõe algumas pessoas e outras não a se viciar em nicotina. Há o conhecimento comprovado de que quanto mais se fuma e quanto mais cedo se inicia a fumar, mais difícil é a luta para largar o vício. Um outro dado prático difundido é o de a pessoa confrontar-se com a morte, como ter um enfarte, por exemplo. Só assim muitos conseguem obter uma real dimensão do malefício do cigarro.

Das quatro integrantes do estudo que eram do sexo feminino, nenhuma delas fumou ou fuma. Por outro lado, a maioria do sexo masculino fumou ou fuma até hoje.

Um deles disse que abandonou o fumo quando foi hospitalizado. Outro afirmou que conseguiu parar de fumar, mas se empenhou numa luta árdua e só com bastante força de vontade, querendo muito e com conscientização, conseguiu deixar o vício. Outros persistem fumando, conseguiram uma certa redução no número de cigarros fumados por dia, mas não conseguem aboli-lo. Ressaltam, inclusive, que identificam os sintomas de abstinência apresentados. Estes demonstraram insatisfação com sua condição de fumantes.

Observo que as políticas de saúde no Brasil ainda se mostram ineficazes para conter o avanço do vício de tabagismo, a começar pelo incentivo da agricultura do tabaco, lucrativa no nosso país por fornecer verba e emprego à população, a permanência de fumantes em locais públicos, dentro e fora dos espaços reservados e também nas ruas e, finalmente, pelo fato de o acesso aos programas de ajuda para parar de fumar ainda são restritos e poucos são gratuitos.

5.1.5 Perda do prazer da alimentação

A alimentação, como uma perda, se relaciona à compreensão da alimentação como um prazer. As pessoas deste estudo manifestaram a preocupação com os controles requeridos em sua alimentação, especialmente, no que diz respeito ao uso moderado do sal e à restrição de gorduras, que eram elementos de destaque em sua alimentação, conforme se observa nos seguintes depoimentos:

O peixe é frito e a carne é assada. Gosto demais de carne assada de panela. Mas o que eu gosto é de gordurinha. Outras formas de fazer não gosto. Tem que mudar. A comida já é com menos sal (Marcos – C1).

Usava bastante sal, muito churrasco. Era gostoso demais. Comia muita gordura, cervejinha... (Vando – C2).

Acho que deve ser por causa de muita gordura, muita coisa que a gente come. Comida gorda, carne gorda. Porque eu gostava. Quando eu ia ao mercado comprava aquela costela que pegava perto do peito, pegava aquela gordura para assar na brasa. Vai ficando velho e as coisas vão se acumulando (Osni – E4).

Vieira e Lima (2002) reafirmam a necessidade de mudança dos hábitos

alimentares pela condição de a pessoa estar com problemas cardiovasculares. Nessa situação, como os desejos são reprimidos, as pessoas ficam entre a vontade de comer e o poder realizar, porque surge a consciência do que pode acontecer à sua saúde. Essa situação é o que gera o estresse, no qual as pessoas se encontram envolvidas pela doença, especificamente a DAC, que pode avançar a longo termo. Isso pode sofrer modificação por meio da aceitação, quando há o entendimento de que é necessário assumir algum tratamento.

Considerando-se que a sociedade em geral promove os encontros sociais, festivos centrados, principalmente, em comemorações de cunho gastronômico em família ou não, torna-se uma luta constante às pessoas com DAC participarem e optarem por comer alguma coisa sem se sentirem culpadas, ou com sentimento de perda, ou frustração quando comem o que lhes é “proibido”. *“Aquilo não posso comer! Será que tem colesterol aqui?”*

O estresse gerado por essa exclusão e também pela perda do prazer de comer o que gosta vai contribuir para que a pessoa tenha uma percepção negativa de seu processo de viver.

Silva (2001) afirma que a doença crônica promove perdas no âmbito social ao restringir a participação em encontros familiares e outros eventos. Quando algumas pessoas se vêem privadas de certos alimentos, podem advir o sentimento de sofrimento ou desagrado como uma sensação oposta ao de prazer.

Os integrantes do estudo relatam que sentem muito apreço e gosto com o uso de gorduras, alimentos como churrasco, ensopados, feijoadas, algumas frituras, etc. Esses alimentos são ricos em fontes de energia e muito apreciados pela sociedade em geral. Os alimentos energéticos estão relacionados com a alegria e o bom humor. Eles interferem com a disposição das pessoas na realização das atividades diárias. O prazer também possui relação com o ato de realizar o preparo do alimento, como por exemplo, preparar um churrasco, favorecendo o aumento desse prazer. Do mesmo modo, há o prazer de escolher e comprar uma porção de carne para assar na brasa, como o Sr. Osni relatou, aumentando o prazer da degustação. Essa perda do prazer torna-se difícil, pois vai além do ato de ingerir um alimento.

Outro aspecto interessante é conferido com a mudança de hábitos alimentares,

na qual há exigência de reconhecer novos sabores, requerendo estimular ou aguçar o paladar com os olhos. Isso acontece pela aplicação de conhecimentos para apresentar o alimento com uma estética mais agradável.

Com o advento da DAC, o cotidiano se transforma, influenciando todo o viver no sentido de requerer uma tomada de decisão em privar-se dessa fonte de energia e prazer, significando incorporar novos conhecimentos e reorganização na vida do indivíduo.

5.2 DAC como ameaça

As pessoas com DAC integrantes do estudo, mencionaram um outro estressor, decorrente do medo do que lhes possa acontecer, tais como o medo da morte, preocupação com o futuro, etc, especialmente representado pelo medo das complicações e também relativamente à expectativa da realização de uma cirurgia cardíaca. Esses diferentes medos e expectativas são compreendidos como um estressor, pois trazem às pessoas uma AMEAÇA. A ameaça coloca-se como uma previsão de algo ruim e, nesse sentido, gera medo e insegurança.

O medo, na concepção de Stork (1997), é um sentimento de impotência, um ver-se ameaçado por um mal que é mais poderoso do que o próprio indivíduo.

A insegurança é vista como uma incerteza sobre o presente e o futuro. Constitui uma necessidade do ser humano e compreende tanto a segurança física, quanto a psicológica. Essa necessidade de segurança, segundo Nucci (2003), ajuda a organizar o comportamento do homem e, neste processo, algumas pessoas procuram proteção e tranquilidade na ocorrência da dor e na doença; o estabelecimento de um tipo de rotina e ritmo e buscam conhecimentos, religião, ciência e filosofia, que organizam o universo. A necessidade de sentir-se seguro faz-se presente na vida de todo ser humano. Com isso, quando se sentem inseguros, modificam seu comportamento como um requerimento essencial para controlar seu estresse.

5.2.1 O medo da morte

O medo da morte é uma constante entre os integrantes do estudo. O medo evidencia-se como algo muito forte. Esse medo traz uma nova realidade, na qual a fragilidade e a falta de controle sobre sua vida e seu dia-a-dia, apresentam uma situação de constante ameaça.

Alguns depoimentos reforçam essa percepção:

[...] nunca briguei com ninguém. Depois que fiz a cirurgia, tenho estado numa ansiedade... Para mim é medo do infarto, medo de morrer. Eu ando direto com preocupação com a saúde. Tenho cuidado. Não caminho longos trechos sem autorização médica. [...] para mim é medo do infarto, medo de morrer [...]. Depois de uma semana da cirurgia, meu coração entrou em arritmia. Passei trabalho. Eu estava com medo. [...] o que impede, o cansaço, pensa que vai dar um enfarte. Tudo isso ocorre comigo, andar ligeiro tenho medo (Oscar – E5).

Deixar os amigos, a família. Tudo que a gente ama. E com a morte temos que enfrentar e viver com a morte. Não sabemos a hora que ela vem. Temos que aproveitar enquanto a gente está aqui (Marcos – C1).

Para essas pessoas, o medo de morrer constitui um estressor, mesclando a excitação de vencer uma fase crítica, com o medo de sair de um ambiente seguro, com a expectativa de reassumir sua vida.

Para Oscar, o infarto está fortemente associado com a morte e com a percepção clara da fragilidade em que se encontra. O coração tem uma representação muito explícita para as pessoas que compreendem a completa dependência do bom funcionamento deste órgão para manter-se vivo. A morte súbita é um fantasma na vida de qualquer pessoa e manifesta-se muito mais acentuadamente entre as que já possuem um comprometimento do coração.

Lessa (2003, p.329) declara que “a DAC é a principal representante das mortes súbitas, em especial o IAM”. Contudo pode ser atribuída a eventos vasomotores ou arritmias e destaca ainda ocorrer mais comumente no sexo masculino.

Da Luz e Favarato (1999, p.11) afirmam ser “a Morte Súbita responsável por 1/3 das mortes por DAC”. Pode estar relacionada a arritmias, como taquicardia ventricular e evoluindo para fibrilação ventricular.

Todos esses aspectos envolvendo dor fulminante, arritmias e morte associam-se

e provocam medo aos integrantes do estudo, principalmente àqueles que, de algum modo, já experienciaram perda dos sentidos ou dor intensa, além de terem obtido essa informação, às vezes, por meios informais.

Já para Marcos há também o sentimento de perda, especialmente de amigos e da família. Para ele, a ameaça significa afastamento dos laços afetivos. Ao mesmo tempo, salienta a necessidade de aprender a conviver com a morte.

Essas afirmações evidenciam que a morte, geralmente vista como distante do dia-a-dia das pessoas em geral, torna-se presente e evidente para as que estão com DAC.

Marisco (2002) afirma que a morte está muito presente na vida dos indivíduos com doença crônica, sendo muito temida e sob um ponto de vista muito negativo por significar o rompimento dos laços entre as pessoas com as quais elas mantêm interação.

Nesse sentido, as questões que envolvem a morte e o morrer sempre estiveram entre as maiores dificuldades dos seres humanos. Este conflito entre a aceitação da mortalidade e a percepção de que ainda têm planos a realizar, deixam as pessoas mais vulneráveis e frágeis. O paradigma da cura, presente em nossa sociedade, supervaloriza a vida, o corpo jovem e saudável e esteticamente belo, refutando, segundo Silva, Machado e Santos (2004), a possibilidade de pensar a morte e o morrer. Há sempre uma expectativa de cura, do prolongamento da vida, mesmo que essa não seja consistente com a situação que o sujeito vivencia.

Apesar de os integrantes do estudo não estarem em situação terminal, a doença do coração, coloca-os sempre nessa expectativa, trazendo essa constante ameaça.

Outra observação importante dentre as falas dos integrantes do estudo é de não encontrar entre nenhum deles referência a discussões ou considerações sobre esses medos com os profissionais de saúde, o que referenda que a abordagem da morte e do morrer é também bastante difícil para esses profissionais. Silva, Machado e Santos (2004) ressaltam que os profissionais da saúde, destacando os enfermeiros, são inábeis para lidar com suas emoções e sentimentos de medo e negação da realidade quanto à finitude da vida e, desse modo, também não estão preparados para lidar com essa temática com as pessoas de que cuidam.

Um estudo desenvolvido por Macedo (1999), demonstrou que as pessoas percebem a proximidade da morte como maior estressor, especialmente quando o medo da morte alterna-se com a incerteza a respeito do quanto sua condição poderá afetar sua qualidade de vida. Entendendo que qualidade de vida para a pessoa em condição crônica inclui, no mínimo, conseguir realizar atividades corriqueiras de seu cotidiano. Desse modo, esse autor frisa que há uma visão de expectativa com relação à morte, não como algo que acaba em si mesma, mas como uma possibilidade que pode alterar sua qualidade de vida.

Nesse sentido, esse estressor poderá produzir severas dificuldades no processo de viver da pessoa com DAC.

A expectativa da morte pode afetar tanto a pessoa com DAC quanto sua família. A pessoa tem temor de que a vida termine antes de realizar seus planos e também de estar solitária na morte. A família teme ser sobrevivente e não saber como conduzir seu futuro. Para ambos, essa situação traz sentimentos de tristeza e de preocupação com a separação. A ameaça trazida pela expectativa da morte ocorre no momento da crise existencial, quando a pessoa está diante da possibilidade de sua morte, descobre o que não fez, o que poderia ter feito, o que poderia ter tido e, principalmente, o que poderia ter sido (COELHO, 2004).

O que foi trazido pelas pessoas que participaram deste trabalho é que vivenciaram sentimentos de medo quando não sabiam as conseqüências do viver com uma DAC. A ameaça, para essas pessoas, estava configurada como uma relação interativa entre vida e morte, anunciando o caráter da imprevisibilidade da morte, além de fortalecer a vivência do momento presente.

Santos e Araújo (2003, p. 747) destacam que a DAC, além de envolver a ameaça de morte, envolve a limitação física e “nesse sentido representa uma perda, nada menos do que a exigência de passar pelo luto por não ter mais a saúde completa, significando abalo à sua onipotência”.

5.2.2 A preocupação com o futuro

A preocupação com o futuro está representada, inicialmente, pelo medo das complicações físicas. Surgem, todavia, muitos questionamentos em relação ao

reconhecimento de não ter a saúde de antes, ao mesmo tempo em que necessitam manter a responsabilidade e o compromisso com os filhos, com a família, com seu grupo de trabalho, além de consigo mesmo.

Para as pessoas integrantes do estudo a preocupação com o futuro constitui um estressor por conferir uma ameaça à sua saúde, às suas relações e especialmente, ao seu processo de viver.

As pessoas com problemas cardíacos, ao perceberem que seu futuro pode estar ameaçado, voltam suas preocupações também para suas famílias. Nesta perspectiva, há um somatório de medos, preocupações e angústias, compreendendo que sua vida está entrelaçada com outras vidas e que seu futuro tem envolvimento além de sua própria condição.

Minha preocupação é com os filhos[...] Tenho filho ainda para cuidar[...] eu engordo é de preocupação, de nervosismo, porque não como, eu sou difícil de comer. Preocupação com a família, incomodação, prejudica muito [...] papel com a família, tem que dar estudo, alimento para os filhos (Marilu – G5).

Nesse relato, a própria condição é relativizada. Parece não ter tanta relevância, colocando todas as suas preocupações com a vida de seus familiares que ficam. Marilu, com 50 anos, ainda tem filhos pequenos. Esse sentimento de não saber o que irá acontecer com seus filhos, é o foco de sua tensão. A responsabilidade como mãe é mais um agravante na situação de viver com DAC. Ela manifesta a sensação de perda do controle da situação, gerando ainda mais ansiedade e percepção de sua fraqueza e vulnerabilidade.

Essas situações apresentadas levam à reflexão do quanto a doença está envolvida no processo de viver das pessoas, não podendo ser compreendida somente como alteração de um órgão ou sistema, implicando em um sofrimento mais abrangente. Esse sofrimento pode ser entendido, segundo Rodrigues e Caroso (2001, p. 139)

pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos, abstratos – no sentido de cognitivos – determinantes para que a pessoa 'sofredora' construa sua identidade social, desde o qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros.

Nucci (2003) propõe que pensar o futuro implica construir algo melhor, com maior qualidade. Por isso, o medo do que possa acontecer significa uma grande ameaça para as pessoas, por deixar de ser uma abstração e mostrar-se como uma possibilidade mais palpável. Peniche e Chaves (2000) dizem que mais importante do que a ameaça em si, é a forma como as pessoas percebem essa ameaça.

Outra preocupação freqüente das pessoas com DAC, é a percepção das manifestações da doença, indicando a possibilidade de complicações. Dentre os sinais e sintomas mais comuns entre as pessoas com DAC, observa-se o aumento da pressão arterial e a presença de dor, que se traduzem como importantes ameaças ao seu processo de viver.

Abage (2001) diz que as pessoas com Hipertensão Arterial possuem a tendência de reagir aos contatos sociais, como constante ‘estar em guarda’ (ameaça). Porém, geralmente, não sentem as mudanças significativas e perigosas que acontecem em seu sistema cardiovascular. Esse fato confere a denominação da hipertensão ser conhecida como uma doença silenciosa.

A hipertensão arterial constitui-se uma ameaça bastante evidente para os integrantes do estudo, estando fortemente relacionada à ocorrência de infarto agudo do miocárdio e de acidente vascular cerebral.

A preocupação com a pressão alta foi manifestada como um sinal de alerta, uma ameaça à sua integridade física:

[...] comecei a sentir cansaço, aquela boca amarga, a pressão estava muito alta (22/12), internei [...] Deu dor de cabeça forte, eu não sabia que tinha problema de pressão. Arreventou a veia do nariz. Sangrou muito (Marilu – E1).

A literatura reforça esta percepção indicando que a hipertensão arterial é uma condição clínica associada ao AVC, explicando em 40% das mortes por essa patologia e 25% daquelas por IAM (FORTES, LOPES, 2004). Desse modo, a hipertensão pode ser compreendida como um ameaça.

A presença da dor é novamente trazida como uma ameaça consistente ao futuro, especialmente quando há sensação de morte iminente, uma vez que isso significa uma

ameaça à própria vida. A gravidade da dor e o desconhecimento de sua causa são avaliados como uma ameaça, como pode ser visto nos seguintes relatos:

Chegava em casa começava a sentir dor. A mãe fazia algumas coisas, fazia compressa quente, fazia compressa com gelo... Precisava ficar tomando um monte de medicamentos. Tu encuca muita coisa...(Davi – G2).

Quando surgiu a dor no peito desconhecia a causa. Era insuportável sua intensidade. Pensei que iria morrer (Ida – G2).

Além da dor provocar desgaste de energia às pessoas, afeta-as psicologicamente, tornando-as vulneráveis emocionalmente, possibilitando a discriminação social, pois coloca sua credibilidade em risco. Os depoimentos a seguir apontam que as ameaças, por mais simples que sejam, são como algo muito importante por constituir sua experiência de vida:

A gente devia usar uma carteirinha, porque pode se sentir mal no meio da rua, ninguém sabe o que estamos tomando de medicação, a nossa situação (Vando – G5).

Perdi a vontade de fazer uma porção de coisa. Vamos dizer assim, tarrafejar. Eu gostava, mexer nas coisas (Oscar – E5).

Oliveira e Camões (2003) destacam que estabelece um condicionamento permanente entre conviver com um grupo social, envolvendo a diversão e o despertar do prazer com isso e a ameaça da ocorrência de dor nos momentos mais inconvenientes. Salientam, ainda, que se engajar num espaço social e exercer algumas atividades recreativas devem ser discutidos pelos familiares e estimulados entre a pessoa e sua família.

5.2.3 O temor da realização da cirurgia

O temor de cirurgia é um estressor para os integrantes do estudo, porque eles se sentem ameaçados na sua integridade física. Foi assim manifestado por alguns:

Ontem, ainda falei com um conhecido no postinho que fez cirurgia. Eu estava com medo de que colocassem aquela sonda pelo nariz para comer. Ele me falou para ir descansado, que não vai acontecer isso. [...] me preocupo é com a cirurgia. Me custa fazer a cirurgia. Estou esperando para ser operado (Marcos – G4).

[...] o dia que meu nome foi para o mural de cirurgia, me deu uma ansiedade tão grande que não comia, ficava nervoso (Oscar – E5).

No relato dessas pessoas, percebe-se que o temor da cirurgia coloca-os perante uma importante ameaça, por ficarem expostos ao desconhecido. Para Sasdelli e Miranda (2004, p.105), “o temor tem por objeto ameaças determinadas”; nessa situação específica, o temor da cirurgia, do desconhecido.

A cirurgia cardíaca gera, comumente, insegurança e ansiedade, por ser um procedimento invasivo, com abertura do peito e manipulação de um órgão vital. Essa situação torna a pessoa vulnerável, fazendo-a sentir-se exposta e sem controle da situação. O uso de alta tecnologia não parece acalmar as pessoas, mas ser mais um elemento considerado de risco, trazendo à mente muitas lembranças de falhas em equipamentos.

Hense apud Penna (1999) afirma que as pessoas, ao manifestarem o medo da cirurgia, podem indicar algo específico como a causa desse receio, como a anestesia, o afastamento dos familiares, as possibilidades de complicações, podendo chegar à morte. No entanto, muitas pessoas não sabem indicar exatamente onde está a causa de seu medo.

O grande paradoxo que envolve a cirurgia está centrado na possibilidade de resolver seu problema. A cirurgia é vista também como esperança. É nessa luta interna, entre enfrentar a grande ameaça da cirurgia e resolver seu problema de saúde, que a maioria das pessoas se coloca. Mesmo os que disseram estar aguardando com ansiedade a cirurgia para resolver logo sua situação, em alguns momentos, deixaram transparecer que estavam assustados com a realização dela e inseguros com esse procedimento.

Percebi que há preocupações de diferentes ordens, desde o procedimento cirúrgico, até os pequenos detalhes que poderiam ser facilmente esclarecidos por um profissional da área. Um exemplo é o receio do Sr. Marcos:

A preocupação era essa. Na UTI fica tomando banho de canequinha, de paninho. No quarto já tem um conhecido que vai cuidar de mim, ele disse que eu posso ficar descansado, pois na hora da internação é só avisar que ele vai ficar comigo. Na UTI, não pode ir, porque eles não deixam. Ele

disse: 'Não te incomoda, não vais ficar nas mãos de estranhos'. Principalmente, a gente, que é velho, vai uma moça nos dar banho, não me sinto bem. Quando é um filho é outra situação, mas todos trabalham. Quando é a mulher da gente é outra coisa (Marcos – E3).

Como percebi, sua maior preocupação estava relacionada à invasão de sua privacidade, da exposição de seu corpo. Acredito que assim que é levantada a possibilidade da cirurgia é primordial discutir com essas pessoas sobre o que envolve o evento cirúrgico, não só daquilo que se acha que eles precisam saber, mas especialmente a partir das dúvidas e preocupações que têm das imagens prévias sobre o que pensam que lhes irá acontecer ou que poderá acontecer.

Mantovani (1996) ressalta a necessidade de um vínculo de confiança entre a pessoa e o profissional de saúde. É importante oferecer suporte às dúvidas, abordando as implicações da cirurgia, mudança de imagem corporal, afastamento social, interferência na sua vida sexual e laboral. Além disso, deve ser garantido, no ambiente hospitalar, o direito de ser diferente, exigir tratamento único, obter informações para poder fazer escolhas e conhecer as repercussões no seu processo de viver.

Outro aspecto relevante, destacado por Schneider e Bub (2002), consiste na importância da participação ativa da pessoa no seu tratamento. É preciso que, ao tomar decisões, todas as informações prévias e adequadas lhes sejam dadas para que possa desenvolver um raciocínio correto, exercer sua autonomia e manter sua identidade e sua dignidade.

Salles Filho (2003, p.17) afirma que “o medo é fundamental para o ser humano e se enquadra como ‘afeto básico’, pois o medo encontra-se sempre relacionado com algum tipo de desamparo”. A possibilidade de mudança no cotidiano das pessoas costuma amedrontar. O medo da mudança tem relação direta com o social, passando pela família. O mundo social com o qual se convive, trabalha-se e que se cultiva durante a vida, pode ser um ambiente difícil de produzir mudanças.

Esse autor destaca ainda que o medo pode ser extremamente positivo. Por exemplo, o medo das complicações na cirurgia mobiliza as pessoas para estarem em melhor condição pulmonar para irem para cirurgia. Nesse caso, as conseqüências do que pode acontecer posteriormente levam a encarar o estressor como um desafio, ou

então, ao contrário, torna-os descontrolados, não promovendo nenhuma ação.

5.3 DAC como desafio

O processo de viver com a DAC e ter de seguir um determinado tratamento foi percebido, pelas pessoas integrantes do estudo, como um desafio. A necessidade de incorporar mudanças impõe exigências que passaram a requerer o abandono de algumas rotinas.

O desafio de seguir um tratamento consiste em fazer escolhas, assumir novos hábitos e dar continuidade à sua vida, ou seja, traçar um novo plano de vida para alcançar metas e objetivos.

O tratamento para estas pessoas consiste em tomar medicamentos, fazer acompanhamento, seguir a dieta, fazer exercícios físicos e realizar a cirurgia cardíaca.

5.3.1 Tomar medicamento

Ter de tomar remédios é um desafio, especialmente pelo seu elevado custo, contraposto pelo reconhecimento que estes não podem faltar. Há também o reconhecimento de que esses mecanismos podem trazer efeitos colaterais.

O custo elevado dos medicamentos é referido da seguinte maneira:

[...] o que atrapalha e preocupa é o salário. Tudo aumentou. Ganho pouco. Não está dando. Sobe a luz, o telefone, a escola, o remédio, que você vai ao posto e nunca tem. Isso é o que mais incomoda (*Marilu – E1*).

Os integrantes desta pesquisa vivenciam uma problemática condição financeira, por serem na sua maioria aposentados, com pouca perspectiva atual de elevação em seus salários. Com alguma frequência, contam com ajuda de alguns familiares. Porém, geralmente, buscam o medicamento em mais de uma instituição pública, no mesmo município e até em outro próximo.

A necessidade da continuidade do tratamento das pessoas com DAC, especialmente com uso de alguns medicamentos nem sempre disponíveis na rede

pública do SUS, gera um custo, às vezes, superando as possibilidades, mesmo para aqueles persistentes em manter esse cuidado.

Logo o tratamento começou, na base do remédio. [...] eu sei que era o sustrate, que eu tomava quando sentia dor no peito. Até dei entrada no INPS para pegar de graça (sivastatina). Até agora não veio... [...] Não pode faltar o remédio. É preciso controlar para não ficar doente (Marcos – E3).

Situação semelhante a esta foi encontrada por Schneider (2002), quando afirma que o baixo nível econômico requer que as pessoas com DAC permanecessem trabalhando, muitas vezes além de suas capacidades, no sentido de poder comprar os medicamentos necessários.

Uma das alternativas mais freqüentes para adquirir medicação de custo elevado e não disponível na rede do SUS, consiste em iniciar um processo de requerimento junto à assistência social para o fornecimento desse medicamento. No entanto, esse processo gera expectativas e, novamente, traz mais um elemento estressor para essas pessoas, que, apesar das dificuldades e limitações, procuram reagir, buscando resolver seu problema, pois estão sempre preocupadas em “não poder faltar o remédio”. Este é visto como essencial para a continuidade do tratamento. O depoimento a seguir, ilustra essas interpretações:

O médico me mandou fazer exame, lá na Agrônômica na semana passada. Agora tem um monte de coisa para fazer. Mas eu vou comprar a sivastatina. A assistente social me encaminhou para o SUS para eu ir lá pedir os outros remédios. Vai ficando velho aparece tudo. Nunca tomava nem remédio para dor de cabeça. Agora tenho que tomar medicação (Osni – G5).

A continuidade do uso da medicação está incorporada para as pessoas com DAC, quase como um valor frente ao surgimento de um evento agressor imprevisível a que se encontra sujeito, que pode ser uma crise de angina ou um enfarto. Essa perspectiva gera mais estresse ao colocar muito evidente a vulnerabilidade em que o indivíduo se encontra, decorrente da percepção destas duas situações: precisar tomar os medicamentos e não dispor de recursos para obtê-los.

Uma das alterações sentida pelos integrantes e relatada, foi o efeito colateral

observado pelo uso do medicamento utilizado e que interfere no seu cotidiano por intervir no ritmo produtivo, ocasionando o inconveniente da sonolência no horário de trabalho, além de alteração no tempo de cicatrização dos ferimentos, assim como reação alérgica ao medicamento, como a tosse, por exemplo.

Tentei mudar o medicamento, dá muito sono. [...] cicatrização demora após qualquer ferimento (Davi – G2).

Tinha tosse. À noite atacava. O remédio provocava tosse, foi trocado (Oscar – G5).

Assim, juntamente com os efeitos desejados da terapêutica medicamentosa, surgem os efeitos indesejáveis, nem sempre explicitados pelas pessoas aos profissionais. Esse é um dos aspectos envolvidos no abandono do tratamento, quando os profissionais não percebem ou as pessoas omitem tal informação. O diálogo favorece a identificação do problema e a troca quando possível da medicação. Durante a consulta de Enfermagem, o enfermeiro pode estabelecer passo a passo como a pessoa realiza seus cuidados, fornecendo a possibilidade de exposição das dificuldades e das facilidades encontradas do tratamento.

A educação em saúde da pessoa com DAC é de grande relevância, sendo o enfermeiro o elemento da equipe de saúde que geralmente é responsável. Para a enfermeira do setor de Hemodinâmica, essa educação inicia-se no momento em que o médico indica o exame, oportunidade em que justifica o porquê da necessidade deste para a pessoa com o problema cardíaco e sua família. A consulta de Enfermagem se constitui num momento em que as pessoas podem solucionar suas dúvidas, pois têm liberdade de expressar-se e o enfermeiro é capaz de desenvolver um diálogo aberto, oportunizando uma interação com as pessoas.

Schneider (2002) destaca ser a consulta de Enfermagem um instrumento fundamental para abordagem da pessoa em condição crônica. Reforça a relevância dos profissionais associarem conhecimento científico com aspectos psicológicos, sociais e culturais, nas intervenções de pessoas com DAC para obtenção de melhoria da saúde.

O enfermeiro, com sua experiência, pode estabelecer o processo de cuidar e educar num modo mais descontraído, sem imposições, mantendo uma relação pessoal

e social, pois deve buscar uma constante reavaliação de sua conduta, quando está comprometido com a educação.

A busca de novos conhecimentos, de maneiras mais humana de cuidar, numa relação de igualdade, na qual o profissional e a pessoa que necessita de ajuda compartilham vivência, torna-se um momento de crescimento e necessita estar incorporado em quem desenvolve uma atuação nesse campo.

Por meio do grupo de convivência pode ser discutida toda a dificuldade, principalmente, quando a pessoa tem receio ou não obteve uma oportunidade de perguntar durante um atendimento individual.

5.3.1 Acompanhamento médico, exames e internações

Outro aspecto envolvido no tratamento é a necessidade de acompanhamento médico, implicando em consultas e exames, como se pode observar nos seguintes depoimentos:

Viver em função dos cuidados, das consultas com médico, porque me preocupo muito. [...] na época que fiz cateterismo, há um ano e meio, o médico encaminhou para outro médico [...] disse que eu iria ficar bem tomando o remédio, [...] eu ia melhorar [...] (Marilu – E1).

[...] fui à Emergência. [...] fui ao cardiologista [...] pedi cateterismo. Fiz e apareceu obstrução na coronária. [...] desisti da vida e caí na gandaia [...] A médica marcou angioplastia. Eu sumi, fiquei três meses. Com 32 anos, fica tomando um monte de medicamentos. Tu encuca muita coisa. [...] acho que necessito fazer acompanhamento psicológico [...] (Davi – G2).

Os sujeitos deste trabalho dizem que o acompanhamento médico é um estressor, conferindo preocupação em manter vários compromissos, gerando ocupação de seu tempo, demandando energia, exposição de seus medos, custo financeiro, impedimento de assumir seus afazeres. Porém, há a percepção do tratamento como um desafio que pode levá-lo a uma conquista, a uma vida melhor. O tratamento impõe mudanças importantes nas suas vidas, além de afetar suas relações sociais e estabelece a necessidade de acompanhamento com profissionais de saúde durante o processo evolutivo da DAC.

Nas palavras de Davi, percebi que sua avaliação inicial do tratamento como

estressor levou a ações que acabaram gerando ainda mais preocupação, ao perceber as possíveis repercussões danosas de sua falta de cuidado. Muitas vezes, esse tipo de experimento pode acontecer antes de a pessoa assumir integralmente as novas incumbências, trazendo benefícios apreciados tanto para quem está com DAC, quanto para os cuidadores.

O exame ‘cateterismo cardíaco’ fornece informações que norteiam o tratamento a ser instituído. Muitas vezes, após alguns meses é repetido para avaliação da situação ou é feita uma cintilografia miocárdica, que alguns especialistas optam por realizar. Desse modo, esses exames são uma referência importante, tanto para os médicos quanto para os clientes, que logo percebem sua importância. Não deixam, porém, de manifestar sua preocupação e até seu medo de efetuar tais exames.

É preciso lidar com esses receios, especialmente os gerados pelo desconhecido ou pela antecipação do que o resultado de um exame pode significar. Há também uma série de rituais, desde a etapa de marcação dos exames até chegar o dia do procedimento. Há muita expectativa em torno deles, o que pode provocar distúrbios, tais como ansiedade, recusa, excitação ou agitação.

Um outro procedimento terapêutico que favorece às pessoas com DAC e que alguns integrantes já experienciaram em seu processo de viver é a angioplastia. A angioplastia é uma técnica considerada como terapêutica cirúrgica. Constitui uma revascularização percutânea em pessoas com DAC, configurando ser uma opção importante e cada vez mais utilizada por estabelecer uma menor relação às complicações imediatas como AVC. A angioplastia requer planejamento envolvendo reserva de sala cirúrgica, doação de sangue, leito na unidade coronariana, etc. Há risco de não se obter sucesso e necessitar cirurgia imediata para colocação de pontes safena e/ou mamária. Atualmente, ela tem sido aplicada como procedimento convencional, com uso de balão associado a implante de *stent*, dispositivo que mantém a dilatação da estrutura da artéria (WAJNGARTEN e OLIVEIRA, 2003).

Os participantes do estudo expressaram seu sentimento quando se submeteram a uma terapêutica mais invasiva:

Fazer angioplastia não é moleza não. Fiquei com medo, muito medo (Vando – G4).

Depois do cateterismo, o médico disse que eu deveria fazer angioplastia. Fiquei internado três dias em São José (Osni – E 4).

Uma dificuldade encontrada por eles ao necessitarem de exames/procedimentos mais complexos, foi ter de lidar com seu medo, principalmente do desconhecido e até da morte. Esses medos estão relacionados a uma série de rituais de preparação, desde a etapa de marcação até chegar o dia do procedimento. Por mais que recebam apoio de profissionais e da família, há muita expectativa, o que provoca distúrbio da compreensão necessária para acreditar que há uma possibilidade de sair desse processo com sucesso.

A convivência com a DAC exige retornos e hospitalizações que podem trazer riscos constantes à vida das pessoas. O hospital representa, para muitos, um espaço de dor e sofrimento, além de ser regido por normas e rotinas, intervindo nos hábitos dos indivíduos, privando-os de sua intimidade. A necessidade de constantes acompanhamentos pode assumir prioridade no viver de algumas pessoas com DAC, sobrepondo-se a outras rotinas antes existentes. Essa situação, como foi enfatizado, gera estresse:

[...] voltei para o hospital [...] Marquei consulta com o médico. Fui direto para a Emergência. [...] levou uns 15 dias, porque estava no carnaval [...]. Meu coração entrou em arritmia. Daí me levaram para a coronária de novo (Oscar – E5).

Fiz cateterismo e desta vez tive que ficar internado. [...] a médica tentou uma vaga para transferência no hospital de São José. No dia seguinte conseguiram. Fiquei na Emergência por três dias [...] (Marcos – E3).

A espera para tratamento na Emergência é longa. Fiquei das 13:30 até às 18horas para ser atendido. Se tivesse que morrer, já tinha morrido lá (Vando – G5).

Para alguns integrantes do estudo, a espera para realizar exame ou internação é freqüente. Essa espera é um desafio a ser enfrentado, pois traz a expectativa, cuja resolução e definição da situação é adiada.

Relataram que passaram por algumas reinternações, nas quais não houve alívio

da dor no peito, da falta de ar, do cansaço. Mencionaram que passaram por episódios de apreensão e perceberam estar sob algum risco, sendo necessário outros lhes ajudarem, por não terem mais noção do que lhes acontecia e precisaram de apoio para ir adiante.

A hospitalização torna-se uma necessidade freqüente às pessoas com DAC, para tratar eventos, na qual a medicação e o cuidado realizado não dão conta das descompensações transitórias de sua situação, sendo responsável por desestabilizar de modo oneroso seus poucos recursos, além de envolver recursos do SUS e outros.

Outro aspecto que envolve o comprometimento emocional e social da pessoa e da família é relacionado à reinternação, pois há uma dependência de cuidados de diversos profissionais pertencentes à instituição.

Isso confere uma vulnerabilidade do controle de saúde nessa fase, em que os sentimentos e sensações ficam mais instáveis, acontecendo, de um lado, a ruptura da interação da pessoa e seu ambiente e, por outro a introdução na sua vida de um espaço hospitalar com uma série de rotinas, tornando-a dependente. Além disso, há uma equipe de saúde que a submeterá a outras exigências, interferindo em sua privacidade, afetando-a como ser humano.

5.3.3 Fazer dieta

Um aspecto de importância a ser considerado traduz-se em aquisição de novos conhecimentos sobre a alimentação que devem ser apreendidos e compreendidos pelas pessoas com DAC e que fazem parte deste grupo de estudo.

É fundamental o entendimento de que há necessidade de estabelecer novos hábitos alimentares. Essas mudanças dependem de condições econômicas e sociais, além da compreensão da importância dessa mudança que irá interferir na relação que tinham com a alimentação.

Os participantes deste estudo manifestaram dificuldade em compreender a necessidade de estabelecer algumas restrições na alimentação, porém, de maneira geral, mostraram-se desafiados a introduzirem mudanças.

Fazer dieta, além de ser considerado uma perda do prazer de comer o que gosta, foi identificado como um desafio por requerer a superação de seus hábitos alimentares

cotidianos. Esse desafio é compreendido como tendo diferentes nuances, dependendo de suas preferências:

Manera na feijoada. Não comia salada, frutas e agora mudei (Vando – G3).

Não bebo, não tenho cuidado da alimentação, gordura não uso, como muita massa. Minha mulher é italiana. Estava com 80 Kg, agora estou com 74Kg. Exames dão normais. Uso baterias de medicamentos. Viajo muito, às vezes não tenho escolha. Não tomo café da manhã, almoçava e jantava (Aldo – G3).

Em alguns aspectos, essas pessoas já demonstram conhecimentos necessários para uma condição mais saudável, reconhecendo a necessidade de cuidado com o tipo e a qualidade da alimentação. Outros ainda não assumem adequadamente essa mudança nos seus hábitos de vida, pois foi identificado que sua alimentação habitual está concentrada, principalmente, no grupo energético (carboidratos e gorduras) e de construtores (carnes e derivados).

Abreu e Cunha (1999) fazem referência à necessidade de corrigir os maus hábitos alimentares, estimular o seguimento da dieta recomendada (hipolipídica e hipocalórica), com o objetivo de controlar a dislipidemia e a perda do excesso de peso. Outro fator, destacado por eles, consiste no controle da ansiedade e no estímulo à realização de atividades com intuito de reduzir o estresse.

Durante os encontros e a consulta de Enfermagem, focos de coleta de dados para o presente estudo, foi discutido o que seria uma alimentação saudável, a importância e a necessidade de introduzir uma forma de escolher e preparar os alimentos e a quantidade mais indicada nas refeições. Todos demonstraram interesse nesse aprendizado e procurou-se, a nutricionista e eu, incentivá-los a caminhar nessa descoberta.

O Sr. Aldo responsabiliza a esposa por ser italiana, justificando a ingestão de muita massa e por sua ocupação de viajante, trabalho que desempenha diariamente. Esse modo de agir em que “culpa” o outro e não assume o seu cuidado, é freqüente entre as pessoas com DAC.

Outro aspecto relevante do desafio de fazer dieta é o fato do limite imposto pela

família para a pessoa com DAC no controle da dieta, com cobrança, gerando muita insatisfação, como apontado por um integrante do estudo:

A alimentação não pode ser mais aquela. Antes, dava uma fome de madrugada. Não tinha hora. Agora não dá mais. Comia ovo no pão de trigo de noite. Marido chamava atenção. Não sabe que isso faz mal? (Marilu – G5).

O controle feito pela família, quando exagerado, pode provocar revolta e levar a uma conduta contrária à desejável. A família, por outro lado, pode incentivar a ingestão dos produtos que são mais benéficos, salientando sua importância, fortalecendo os aspectos mais positivos da alimentação e, desse modo, efetuar uma intervenção sem imposição, propiciando encarar como desafio ter de fazer a dieta.

Esse desafio diz respeito tanto à quantidade apropriada a cada pessoa quanto aos diferentes tipos de alimentos a serem introduzidos na alimentação cotidiana, como frutas e verduras, também carnes mais magras, além de pouco sal (hipossódica) e algum controle mais rigoroso dos açúcares (carboidratos).

5.3.4 Fazer exercício físico

O exercício físico propicia uma série de benefícios a quem o pratica, sendo proposto como um fator necessário, devendo ser incluído na vida daquelas com DAC. Reduz a pressão arterial, promove a diminuição do peso corporal, tem associação com o tratamento de dislipidemias, promove a diminuição da resistência à insulina, ajuda no abandono do tabagismo e no controle do estresse (ABAGE, 2001).

A realização de exercícios físicos sistematicamente constitui um estressor para os integrantes do estudo por estabelecer a necessidade de modificações em seu estilo de vida, que implicam na incorporação de novos hábitos, requerendo esforço e investimento pessoal, além da necessidade de apoio da rede social e dos profissionais para favorecer adequação às suas necessidades.

Dentre os participantes, alguns manifestaram como têm realizado tais exercícios físicos e como percebem as alterações sentidas:

É o caminhar que me faz sentir melhor. Antes, sentia cansaço, sem fôlego. Agora, caminhar foi uma maravilha para mim. Não sinto nada, levo sacola

do supermercado e não tenho cansaço (Marcos – E3).

Vou começar a bicicleta para ver o que vai dar. Porque antes eu só estava caminhando, aí eu não sabia se estava me fazendo bem ou mal, eu tenho que fazer para ver qual é o esforço que eu posso fazer (Vando – G4).

Eu não queria nem saber em fazer exercício. Fazia serviço, almoçava e deitava para ver TV, depois já dormia ali, acordava quatro, cinco horas da tarde. Caminhar está certo que é bom. Até quando caminhar, ir? Posso caminhar sozinho na rua e dar um problema (Vando – G4).

As pessoas demonstram que nem sempre sabem quais cuidados são requeridos para realizar exercícios, de modo que estes sejam seguros e eficazes. Outras sentem o benefício e identificam o exercício como uma possibilidade de melhorar seu bem-estar.

Uma vida sedentária constitui fator de risco importante no conviver com a DAC, e é duas vezes maior o risco de ocorrer um IAM do que em pessoas praticantes de atividade física regular.

Para Stipp (1995, p. 55), “independente da situação sócio-econômica da pessoa, o papel do exercício físico é um componente importante para a mudança do estilo de vida”. A atividade física recomendada está relacionada aos hábitos das pessoas, depende de vontade e tempo para realizá-la, com frequência e que proporcione prazer.

Gus, Fischmann e Medina (2002) declaram que os exercícios físicos praticados em grau moderado produzem efeito protetor contra a DAC e sobre todas as causas de mortalidade e diversos benefícios como elevação do HDL- colesterol (*High Density Lipoprotein - colesterol*), redução de cifras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e auxílio na redução do peso corporal.

Dentre os integrantes do estudo, alguns dizem que não têm realizado exercícios por sentirem dor no peito, cansaço ou simplesmente relaxaram. A não-realização dos exercícios está associada ao peso acima do normal, especialmente entre aqueles que assumem sua condição de sedentários e apresentam alta resistência à realização de tais atividades.

Em relação à prática do exercício, devem-se considerar aspectos que podem interferir, como horários em que há elevada umidade e calor, dias em que a pessoa se encontra mais estressada ou que tenha dormindo mal. O horário é aquele que mais

favoreça à pessoa, mas urge estar atento à ação da medicação habitual em relação ao horário de atividade (CARESTIANO, ALBURQUERQUE e SOARES, 1999). Porém, dentre os participantes do estudo, esses aspectos não foram considerados.

Um aspecto observado com os depoimentos foi que, mesmo com poucas condições, algumas pessoas procuram estabelecer uma rotina que possibilite a realização dos exercícios:

Os exercícios na esteira do programa de cardíaco de São José faço quando posso. Na hora não sinto nada, à noite tenho dor no peito, sinto-me sufocado. Depois passa. Eu tava bom, depois do exercício tenho dor (Vando – G5).

Foi recomendado caminhar pouco. Agora caminho na faixa de 45 minutos à 1 hora por dia. Quando comecei a caminhar fiquei meio ruim, trêmulo, parava um pouco, depois continuava. Diminui o cigarro. Fumava demais. E depois de caminhar senti que fiquei ofegante. Por isso diminui o cigarro (Vando – G3).

O que mais as pessoas manifestaram diz respeito à importância da prática de uma atividade física de modo regular. Reconhecem alguns benefícios, porém não têm noção clara sobre a possibilidade que tais atividades podem ter na DAC, intervenção do estresse e na promoção da saúde, favorecendo a qualidade de vida delas.

Sob recomendação médica, muitos buscam adotar um programa regular, mas poucos conseguem dar continuidade a essa atividade, porque isso requer romper com outros hábitos e muito esforço e disposição. É, de alguma forma, um desafio acreditar na expectativa de um futuro bem-estar e ter uma melhor qualidade de vida, tendo que estabelecer mudanças em seu estilo de vida, com repercussões nem sempre agradáveis, como referido por alguns participantes.

Assim, a realização de atividades físicas para quem tem DAC requer preparo e avaliação individual. De acordo com os relatos, percebi que há, ainda, muitas dúvidas e mesmo concepções incorretas sobre a atividade física, evidenciando mais uma vez, a insuficiência de programas educativos em saúde, de forma que essas pessoas possam superar de maneira mais harmônica os desafios trazidos por sua condição de saúde que, muitas vezes, se constituem em estressores.

5.3.5 Realização de cirurgia

A cirurgia significa uma nova chance, uma esperança de viver mais saudável. Apenas um dos integrantes do estudo experienciava esse momento de expectativa. Para ele, fazer cirurgia é um estressor, porque necessita desse tratamento e tem sido avaliado continuamente como um desafio, pois percebe que, ao encarar essa situação, poderá almejar uma condição melhor de saúde e a possibilidade de aumentar seu viver por mais alguns anos.

Sua crença consiste de que só com a cirurgia obterá oportunidade de uma melhoria na sua vida diária. Expressou seu desejo assim:

Vou fazer, porque acho que se fizer eu melhoro. Quem sabe passa essa canseira, essa falta de ar. Talvez seja isso. Cortar essas veias, trocar essas veias e colocar umas novas, veia de safena. Vamos ver, é isso (Marcos – C1).

Percebo uma certa ansiedade de submeter-se à cirurgia de revascularização miocárdica. A expectativa é grande, demonstrando ser uma pessoa com muito otimismo e perseverança. Tem uma condição pulmonar, pelo enfisema pulmonar, não condizente a uma satisfatória recuperação cardiorespiratória. Situação que recomenda uma avaliação permanente de suas condições.

Da mesma maneira que o Sr. Marcos, alguns só farão a cirurgia em última instância, como recurso para preservar suas vidas. A cirurgia de revascularização do miocárdio representa para pessoas com DAC uma possibilidade de restaurar o fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco, que se encontra em sofrimento isquêmico, determinado por algum grau de obstrução arterial (AZEVEDO, 1998).

Da Luz e Favarato (1999) recomendam a indicação da cirurgia de revascularização miocárdica eletiva, por sua comprovada redução dos sintomas e aumento dos índices de sobrevivência às pessoas com DAC.

Para Nicolau et al (2001b), a revascularização beneficiará um elevado número de pessoas, pois controla a isquemia evitando a progressão para IAM. Além de aliviar sintomas e prevenir as complicações isquêmicas, advém melhoria da capacidade funcional e do prognóstico.

Muitos esperam por algum tempo a realização da cirurgia, por falta de

disponibilidade de vagas hospitalares, especialmente os que não têm recursos financeiros para pagar sua cirurgia. Essa espera é mais um motivo de estresse.

Bassan e Dohmann (1999) explicam que a abordagem terapêutica da DAC deve levar em consideração não apenas o tratamento farmacológico e a revascularização miocárdica, porém implica rigorosa intervenção sobre os fatores de risco, a iniciar pela dislipidemia, o tabagismo, a hipertensão arterial, o sedentarismo e o *diabetes*. Além de aplicar medidas dietéticas e mudanças de hábitos de vida, essa terapêutica busca reduzir os novos surtos isquêmicos, intervindo com a redução da mortalidade.

5.4 O referencial teórico como orientador de prática e de pesquisa

A condição crônica de saúde da pessoa com DAC, vem causando repercussões na sua vida, na sua família e na sociedade de modo decisivo, provocando modificações, interferindo definitivamente no próprio destino, principalmente pela sua característica de permanência ao longo de sua vida. No Setor de Hemodinâmica de um hospital geral, presenciando essa situação das pessoas, com sua vulnerabilidade frente a limitação e a morte, surgiram meus questionamentos sobre como poderia intervir para possibilitar um melhor conviver dessas pessoas com os estressores, no seu cotidiano.

Através das realizações de profissionais em outros campos, instiguei-me no envolvimento para promover uma educação em saúde, com abrangência na área que atuo, buscando implementar essa proposta através de um grupo de convivência e de consultas de Enfermagem, além das entrevistas, aliando assistência e pesquisa em Enfermagem. Possibilitou-me propiciar um cuidar mais humanizado, com compromisso, aberto a compreender a experiência vivida pela pessoa com DAC.

A educação em saúde foi trabalhada em grupo de convivência e consultas de Enfermagem. Essa ação educativa em saúde teve como objetivo favorecer as pessoas a desenvolverem novas habilidades na vivência do seu dia-a-dia, tendo um enfrentamento mais efetivo de sua condição crônica.

O desenvolvimento da proposta favoreceu a relação interpessoal pela permuta de experiências e de significados no viver com a DAC, facilitando o compartilhar de uma caminhada e valorizando a construção do conhecimento nesse contexto.

Foi possível perceber que o Ser Humano, mesmo em condição adversa, buscou, junto a seus pares e socialmente, agrupar-se para desenvolver atividades que o valorizavam. Procuraram resgatar ou pelo menos obter a aproximação de uma vida anterior considerada 'normal', contando com a ajuda de outras pessoas e de profissionais.

Nos relatos dos encontros de grupo e individualmente observei que alguns integrantes do estudo lutavam com muita coragem para vencer a dependência dos profissionais e da família e para tomar suas próprias decisões. Outros ainda, deixavam as decisões nas mãos de familiares, especialmente aqueles com os quais possuíam maior afinidade ou dependência, o cônjuge ou um filho e até mesmo de um profissional. A pessoa com DAC foi o Ser Humano protagonista principal do estudo, que necessitou de apoio e de uma abordagem mais sensível do enfermeiro.

Procurei buscar novos conhecimentos com possibilidade de compartilhar com os outros esse momento. Almejei uma assistência de Enfermagem na perspectiva de uma relação pessoal mais sensibilizada, abordando o processo saúde/doença numa visão mais humanizada à pessoa vivenciando os estressores da DAC. Em alguns momentos, questionando e discutindo como a pessoa cuida de sua saúde e como ser mais saudável.

A sustentação do estudo fundamentou-se no referencial teórico, tornando realidade um desejo de construir um processo, com a composição de pessoas experienciando a Doença Arterial Coronariana - DAC, na qual ocupam um espaço com liberdade de expressar emoções e sentimentos. Esse referencial determinou o êxito no meu entendimento, obtido com o desenvolvimento dos Grupos de Convivência, das consultas de Enfermagem e das entrevistas.

Neste sentido, avaliei que o referencial de Lazarus e Folkman (1984), com a contribuição de outros autores, é aderente à nossa realidade. Os estressores, decorrentes da DAC, provocam rupturas em diferentes aspectos da vida das pessoas e de seus familiares, requerendo assistência de profissionais capazes e sensíveis,

ajudando-os a sentirem-se únicos e a superarem suas limitações.

O enfermeiro interessado em desenvolver um trabalho fundamentado no referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984), precisa estar disposto e preparado para desenvolver relações interpessoais com o Ser que necessita de ajuda, manejando suas próprias crenças, valores éticos, morais, culturais e espirituais, possibilitando atuação para superar as limitações e diferenças e para estabelecer uma relação de interação. O processo comunicativo foi o mediador desta interação com os participantes do estudo.

Durante o desenvolvimento da pesquisa e, principalmente, da prática assistencial, consegui aplicar os conceitos do referencial teórico estabelecido. O conceito de Enfermagem, fundamentado em Travelbee, e algumas de minhas concepções foram utilizadas no processo de Enfermagem, no qual aliei conhecimento científico, relação interpessoal e ajuda à pessoa com DAC. Tornaram-se uma contribuição inestimável ao processo de Enfermagem no desenrolar das fases, permitindo-me realizá-lo e alcançando os objetivos propostos com satisfação. O reconhecimento dos momentos vividos entre os integrantes do estudo e a enfermeira durante os encontros do grupo de convivência ou individualmente, foram situações confirmadoras da interação almejada desse processo.

O referencial teórico de Lazarus e Folkman (1984) forneceu-me o suporte necessário para orientar todo o percurso deste estudo. Foi fundamental para a compreensão das vivências de pessoas com DAC e como se confrontam com os estressores. Destaco sua relevância na análise dos dados coletados e como guia para perseguir os objetivos propostos.

Percebi que, alguns integrantes, encontravam-se em diversas etapas do processo de estresse e também encaravam os acontecimentos em sua vida de maneiras diferentes, confirmando o conceito estabelecido de que o Ser Humano compreende que está no mundo como ser único, com maneiras muito próprias de pensar e fazer. Por exemplo, enquanto que para uns o estressor *perda no trabalho* possuía um significado importante, comprometendo sua autonomia, para outros, a perda nos relacionamentos sociais eram mais significativas e provocavam alterações na dinâmica da família, influenciando suas relações sociais.

Lazarus e Folkman (1984) conceberam a avaliação considerando o Ser Humano como possuidor de uma percepção diferenciada dos estressores, com maneira própria de interpretação, com diferentes formas de lidar nas circunstâncias em que ocorrem os eventos, além da ajuda que podem contar. Os estressores desencadearam profundas mudanças no cotidiano da vida das pessoas com DAC e estabeleceram a necessidade de assumir novas incumbências. Baseando-me no referencial, consegui diferenciar e avaliar os estressores do tipo *perda*, *ameaça* e *desafio* e, com isso, procurar um melhor entendimento das pessoas do estudo, da situação em que se encontravam, da interferência dos estressores na sua vida e quais repercussões aconteciam no seu cotidiano.

As pessoas com DAC expuseram suas experiências nos encontros do grupo e individualmente, propiciando uma reflexão de como acontece o dia-a-dia das pessoas frente a esse contínuo confronto de estar numa condição crônica de saúde.

O ambiente foi abordado como influenciador, capaz de provocar alterações na saúde da pessoa, mas que pode ser acolhedor, dependendo das posturas assumidas.

A necessidade de aquisição de novas medidas para superar a situação mobilizou as pessoas do estudo, constituindo um desafio em que pude identificar que as mudanças requeridas proporcionaram não apenas sofrimento, mas acrescentaram algo a mais a conquistar e uma realização mais humana. O conhecimento sobre o desafio enfrentado pelas pessoas com DAC facilitou a avaliação das situações, onde as mudanças eram necessárias.

A utilização do referencial teórico constituiu um importante orientador de prática e de pesquisa, desde a concepção da proposta do estudo até as etapas de realização e execução do relatório, configurando-se constante fonte de consulta para manter e facilitar a reflexão necessária à compreensão dos estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com DAC.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento construído no estudo nos remete à compreensão de que a pessoa, no seu processo de viver com a DAC desenvolve rupturas significativas, provocando o surgimento de estressores, especialmente pelas mudanças requeridas extrapolarem sua capacidade de lidar com as mesmas.

Compreende-se que as pessoas são influenciadas por suas vivências, crenças, compromissos e valores, estabelecendo uma relação com seu ambiente, podendo desencadear sobrecarga de seus recursos, surgindo, então, o processo de estresse.

O estresse é avaliado pelas pessoas como relevante e, não havendo possibilidade de enfrentá-lo, elas o avaliam como perda-prejuízo, ameaça e/ou desafio.

As perdas compreendidas pelos integrantes deste estudo afetam sua auto-estima e sua posição no mundo. As restrições são estabelecidas com base nas limitações no seu cotidiano, no desempenho das atividades mais corriqueiras, pois compõem seu estar fazendo parte de algo. A impossibilidade de realizar um trabalho nas mesmas condições anteriores compromete seus relacionamentos sociais e familiares, que além da limitação, altera seu papel e cria dependência.

Isso está muito relacionado com a presença da dor no peito, que nos depoimentos foi observado como potencial limitador em poder continuar vivendo. Também essas perdas foram relacionadas com perda do prazer de hábitos adquiridos ao longo de sua vida e, em decorrência da situação, sofrem pressões dos profissionais para que esses hábitos sejam modificados. Essa perda foi expressa de maneira muito sutil e se relaciona com o prazer de fumar e de usar a alimentação que gosta.

As ameaças referidas pelos integrantes do estudo acontecem porque a pessoa antecipa a possibilidade de que possa vir a ocorrer um dano, algo ruim, num futuro próximo. Essa ameaça torna-se real por vivenciar um medo intenso, representado, principalmente, por medo da morte e por preocupação com o futuro. Essa preocupação está relacionada ao medo de não conseguir cumprir seus compromissos com a família, de ter restrições físicas e da expectativa de realização de cirurgia. Assim, as ameaças

evidenciam a possibilidade de perda de controle de seu viver e impõem a imprevisibilidade como parte do cotidiano.

O desafio como um estressor foi um conceito em que se encontrou alguma dificuldade na sua compreensão, por não ser abordado explicitamente pelos diversos autores, inclusive por Lazarus e Folkman (1984). Estes autores o abordam sucintamente, e outros o fazem como um objetivo geral a ser alcançado. É um conceito muito utilizado na administração, na psicologia e na Enfermagem. Apenas por meio do estudo de Silva (1990), conseguiu-se um entendimento mais claro das novas incumbências introduzidas no viver de pessoas, como conseqüência do viver com uma doença crônica.

Os desafios são considerados pelos integrantes como algo que lhes possibilita mobilização para assumir compromissos, trazer algo de bom que altere a condição de viver com perdas e ameaças, num sentido geral de encarar ou abranger dificuldades que, por sua vez, podem ser estimuladoras para provocar mudanças de algo já incorporado. Em alguns momentos, surgiu certo impasse, ou seja, se os desafios eram mesmo encarados pelas pessoas como desafio. Contudo, sob o ponto de vista de tratar-se de um processo de enfrentamento em evolução, em que os potenciais podem ser acionados para superar os estressores, houve por bem considerá-los desse modo.

O processo de viver com a DAC torna-se longo e difícil, pontuado por alguns integrantes do estudo como um tratamento muito rigoroso, por impor mudanças em concepções construídas socialmente desde sua infância e acompanhando-as no seu ciclo vital.

Com esse estudo, percebeu-se que há necessidade de rever a prática assistencial, partindo-se da compreensão de que a DAC tem ampla repercussão na vida das pessoas. Porém, acredita-se que a Enfermagem pode contribuir para modificar esse cenário, favorecendo o processo educativo mais efetivo. Essas pessoas precisam ter oportunidades para retomar suas vidas, ultrapassando as perdas e as ameaças, evoluindo para assumi-las como desafios e tomando decisões para transformar os desafios em algo concreto e realizado.

Acredita-se que o ser humano pode assumir as rédeas de seu próprio destino, optando por gerar mudanças no seu viver. A educação em saúde constitui o diferencial

nessa transformação do homem pelo homem. Freire (1980, p.39), afirma que “a educação permite ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade”.

A Educação em saúde, desenvolvida como parte deste estudo, em que se utilizou a modalidade da pesquisa convergente assistencial, concretizou-se por intermédio da comunicação interpessoal, numa relação dialógica pessoa/pessoa e pessoa/coletivo, pela reflexão do agir com pretensão a assumir novos comportamentos.

O espaço da concretude do viver numa condição crônica de DAC gerou expressões de compartilhamento de experiências e possibilitou identificar estressores de pessoas com DAC detectados no estudo, como um processo dinâmico que sofre freqüentes mudanças.

O estudo poderá também contribuir para a reflexão dos enfermeiros sobre o potencial que as pessoas com DAC têm em reconduzir suas perspectivas e tornarem-se mais otimistas.

A Enfermagem poderá retomar uma nova proposta de educação em saúde às pessoas com DAC que favoreça um real envolvimento delas para um viver mais saudável.

Este estudo poderá ter implicações para o ensino, pela possibilidade de orientar para uma visão que favoreça a identificação de estressores, pela compreensão das perdas-danos, ameaças e/ou desafios, trazidos pela DAC. Há necessidade de avançar para adequação desses novos conhecimentos na aprendizagem do exercício da Enfermagem.

A condição crônica de saúde, diante de tantas nuances com as quais as pessoas se defrontam, requer dos profissionais de Enfermagem o desenvolvimento de uma relação mais pessoal e humanizada nesse processo, percebendo as reais necessidades das pessoas sob sua própria perspectiva.

Este estudo poderá contribuir para pesquisa, ao permitir uma aproximação com a compreensão dos estressores decorrentes do viver das pessoas com DAC, como situação crônica, evidenciando lacunas e indicando caminhos para novos estudos que aprofundem a compreensão do que aqui foi iniciado. Indica, além disso, que é necessário avançar para que se possam instaurar associações entre perdas, ameaças

e/ou desafios, indo além dos limites deste estudo. Sugerem-se pesquisas que realizem comparações e até investigações mais aprofundadas do processo de avaliação.

O estudo requer continuidade para avançar na compreensão do processo de enfrentamento, pois com os dados coletados há condições de se desenvolverem novos conhecimentos, aprofundando o processo de viver das pessoas com DAC.

Este estudo avançou no sentido de promover a compreensão das pessoas no seu processo de viver com uma DAC, confrontando-os com estressores e identificando a necessidade de modificar sua condição antes considerada por elas como “normal” de estar no mundo.

Finalmente, ressalto que o profissional enfermeiro tem condições de ajudar tanto a pessoa como a família a compreender como podem modificar seu processo de enfrentamento, conquistando uma condição mais saudável, na qual as experiências transformam-se em maneiras de refletir o espaço de discussão da realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAGE, Z. **Análise do risco coronariano, estresse e qualidade de vida na Associação Brasileira de Mulheres de Carreiras Jurídicas-Sede Paraná**. 2001. 90f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABREU, Luz M.; CUNHA, Ademir B. da. **Angina instável sem infarto prévio**. Revista da SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, out./nov./dez. 1999.

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da Medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001. 144p.

ANDRADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação atividade física e saúde**. 2001. 279f. Tese de Doutorado.(Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

AZEVEDO, R. C. Souza. **As possibilidades de uma abordagem cultural no cuidado ao cliente com IAM**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina / UFMT, Cuiabá.

BALA, Julia. **Procurando por alternativas de lidar: um desafio para o tratamento**. Disponível em: <http://www.rohlof.nl/coping.htm&pr...> >. Acesso em: 28 jan. 2004.

BALLONE, G. J. Psicossomática e cardiologia. In: **Psiquiatria Geral**. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/cardiologia.html> Acesso em: 11 nov. 2002.

BALLONE, G. J. Curso sobre estresse. In: **Psiquiatria Geral**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>.> Acesso em: 09 set. 2003.

BASSAN, Roberto; DOHMANN, Hans Fernando. Necessidade reavaliação periódica conduta no paciente pós-infarto com ou sem angina. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 668-686. 1999.

BELANCIERI, Maria de Fátima; BIANCO, Maria Helena Borgato Cappo. Estresse e repercussões da área de Enfermagem de um Hospital Universitário. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n. 1, p. 124-131, jan./mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1999 – 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 52p. (Série G. estatística e informação para Saúde, n. 22).

BERWANGER, Otávio; AVEZUM, Álvaro; CAVALCANTE, Alexandre Biarsi. Cardiologia baseada em evidências: alguns esclarecimentos são necessários. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. 4, p. 357-359, out. 2004.

BLOCH, Kátia Vergetti, et al. Aspectos socioeconômicos da concordância em casais de hipertensão arterial, obesidade e tabagismo em uma comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 171-178, 2003.

BORJA, E. M. B. **A interação da enfermeira de saúde Pública com os fatores sócio-econômicos comunitários e as psicossomatizações do estresse resultantes do**

envolvimento emocional no trabalho: estudo comparativo entre rede de saúde pública/Florianópolis-SC e rede hospitalar pública Federal e Estadual/SP. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BUENO, M. R. Custo direto do reprocessamento de cateteres para estudos hemodinâmicos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v.11, n. 2, p.1-9, mar/abr. 2001.

CAMPOS, Rafael. O. P. **Complicações imediatas do cateterismo cardíaco diagnóstico.** Florianópolis. 1998. 50 p. (trabalho de conclusão do Curso de Medicina).

CARESTIANO, Lillian; ALBUQUERQUE, Denilson; SOARES, Cláudio Gil. Doença Coronária assintomática e roteiro para a prática de exercícios físicos. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. XII, n. 4, p 625-628, out./nov./dez. 1999.

CATHCART, Andressa F.; SCHREIBER, Cristina da Silva; HEINISCH, Roberto H.. Centros de dor torácica: uma nova alternativa na sala de emergência. **Revista Ciências de Saúde**, Florianópolis, v.19, n. 2, p. 35-49, jul./dez. 2000

COELHO, Marilda Oliveira. A dor da perda da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicossomática e a psicologia da dor.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 69-92.

COLOMBO, Roberta Cunha Rodrigues, et al. Caracterização da obesidade em pacientes com infarto do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 4, p. 461-467, jul./ago. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/pag6.html>>. Acesso em: 10 dez. 2002.

CONTAIFER, Tatiana Rodrigues Corrêa, et al. Estresse em professores universitários da área de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 215-225, ago. 2003.

CORTE, Regina Lúcia da. Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 31-37, jan. 1998.

DA LUZ, Protássio Lemos. **Coração: motor tinindo.** Saúde do Homem. Disponível em<<http://www1.folha.uol.com.Br/folha/especial/2003/saudedohomem/rfl107200301.shtml>> Acesso em 16 nov. 2003.

DA LUZ, Protássio Lemos; FAVARATO, Desidério. Doença Coronária Crônica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.72, n.1, p. 5-21, 1999.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILAR, Olga Maimoni. Perfil dos pacientes com infarto agudo do miocárdio: na perspectiva do modelo de campo de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 571 – 588, out/nov/dez.1998.

DA SILVA, S. S. **Angina pectoris instável:** perfil de clientes de uma instituição privada. 2003. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DELBONI, Thaís Helena. **Vencendo o stress: como melhorar as relações de trabalho para viver melhor.** São Paulo: Makron Books, 1997. 109 p. (Série Saúde e Harmonia no Trabalho).

FORTES, Allyne Nóbrega; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de

atenção à saúde da família. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n. 01, p. 26-34, jan./mar., 2004.

FRANKL, Viktor E. **Em busca do sentido**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1991, p. 8-9; 98-101.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980. 102p.

GARCIA, D.P. et al. Cinecoronariografia. In: **Métodos diagnósticos em cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

GASTALDI, Andréia Bendine. **Grupos de convivência: do mito à realidade no cuidado do cardiopata**. 2000. 99f.. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GAUI et al Diretrizes para o tratamento do IAM. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, out./nov./dez, p.668-684. 1999.

GODOY, Milton et al. I CONSENSO Nacional de Reabilitação Cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 267-289, 1997

GUERRA, Ana Guadalupe Pinson. Rehabilitación cardiaca em pacientes portadores de cardiopatia isquêmica. **Revista de Enfermaria**, México, v.9, n. 2, p. 97-103. 2001.

GUS, Iseu; FISCHMANN, Airton; MEDINA, Cláudio. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial cocornariana no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Porto alegre, v. 78, n. 5, p. 478-483, 2002.

GREY, Margaret. Coping and Diabetes. **Diabetes Spectrum**. Disponível em: <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v.3/pg.167.htm>. Acesso em: 28 jan. 2004.

IRVIN, Suzanne K. Espera: análise de conceito. **Nursing Diagnosis**, v.12, n. 4, p.128-136, oct.-dec. 2001.

KERBER, C. A. **Laboratório de hemodinâmica: o espaço organizacional do trabalho da Enfermagem para um cuidado humanístico tecnológico**. 2001. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KUBO, K. M., et al. Levantamento de subsídios para assistência de Enfermagem ambulatorial a pacientes portadores de valvopatia aórtica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, set. 2001. 14 p. Disponível em: <<http://www.scielo.Br/scielo.php>> Acesso em: 12 nov. 2001.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C.M. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 76, n. 2, p. 99-104. 2001.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal and coping**. Tradução de Rodrigo VillasBoas. New York: Springer, 1984. 446p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. 228p.

LESSA, Inês. Assistência médica e óbitos por doença arterial coronariana no Brasil, 1980-1999. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v. 81, n. 4, p. 329-335, 2003.

LIMA, Antônio F. Costa; GUALDA, Dulce M. Rosa. O significado da hemodiálise para o paciente renal crônico: utilização de um modelo para a interpretação de dados de pesquisa qualitativa. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 44-51, maio/ago., 2001.

- MACEDO, Paula Sforcin Lopes de. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos à transplante de medula óssea. In: Hematologia Virtual elaborado pelo Prof. Dr. Milton Artur Ruiz. **Revista Médica Virtual**. ISSN 1516-246X. Disponível em: <http://www.miranet.com.br/medicina/livro/estresse.htm>. Acesso em: 09 nov. 1999.
- MANTOVANI, M. F. **O processo de interação propiciando ensino e aprendizagem na vivência com a ostomia**. 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- MARINHO, M.G. R. **Representação social como referência para repadronização do processo vital de clientes infartados**. 2002. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MARISCO, N S. **Novas possibilidades de humanização na hemodiálise: o cliente e a equipe de Enfermagem na construção do mais-ser**. 2002. 135p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MARTINS, M. L.. **Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas**. 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MARTINEZ FILHO, E.E. Fisiologia Cardíaca. In: **Hemodinâmica-angiocardiografia: interpretação clínica**. São Paulo: Savier, 1988.
- MESSA, Alcione Aparecida. **O impacto da doença crônica na família**. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/psc.149.htm>. Acesso em: 23 jun. 2004.
- MONAT, Alan; LAZARUS, Richard S. **Stress and coping: an anthology**. 3 trd. New York: Columbia University Press. 1991. 598p.
- MONIZ, André L.F. **Adesão ao tratamento e teoria de enfrentamento: psicologia aplicada à Saúde**. Disponível em: <<http://www.psisauade.hpg.com.br/psiapli/aula-10.htm>> Acesso em: 09 nov. 2002.
- MUÑOZ, Luz Angélica, et al. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 77-84, 2003.
- MURAD-NETO, Stans, et al. Terapia de células-tronco no IAM, através de perfusão coronária retrógrada: uma nova técnica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-351, out. 2004.
- NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes de angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST: Parte I: Estratificação de risco e condutas nas primeiras 12 horas após a chegada do paciente ao hospital. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 77, (suplemento II), p. 5-20, 2001a.
- _____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST: Parte II: condutas nos pacientes de risco intermediário e alto. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 77, (suplemento II), p. 24-38, outubro, 2001b.
- NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225p. Tese de Doutorado (Doutorado em Psicologia e Educação) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O MAIOR DESAFIO. Disponível em: <<http://www.momento.com.br>>. Acesso 04 nov. 2004.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. Autonomia e comunhão. In: **ADITAL**. 1ª Conferência Nacional dos cristãos leigos do Brasil, em Fortaleza, de 23 a 25 de novembro de 2001.

Disponível em: <http://www.revista.missões.org.br/animação/textos/50/index.php>. Acesso em: 10 jun. 2004.

OLIVEIRA, Maria de Fátima; CAMÕES, Cristina. **Fibromialgia e a síndrome da dor crônica**. Disponível em: <http://fibrosite.no.sapo.pt/documentos.html>. Acesso em 03 jun. 2004.

OLIVEIRA FILHO, Japy Angelini et al. Reabilitação não supervisionada: efeitos de treinamento ambulatorial a longo prazo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.79, n. 31, p. 233-238, 2002.

PATRÍCIO, Zuleica M.; CASAGRANDE, Jacir, L.. A Busca de satisfação no processo e no produto viver: a qualidade de vida do trabalhador na complexidade das alterações do cotidiano. In: PATRÍCIO, Zuleica M.; CASAGRANDE, Jacir, L; ARAÚJO, Marizia F. de. (org.). **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**, 1 ed. Florianópolis: Ed. do autor, 1999. p. 339-368.

PEDROLO, Flávia Tatiana e ZAGO, Márcia Maria Fontão. O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n.1,p. 49-56. 2002.

PENNA, R. B. **Representações sociais dos pacientes cirúrgicos: uma reflexão sobre o medo da cirurgia**. 1999. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PENICHE, Aparecida Cássia Giani; CHAVES, Eliane Corrêa. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 45-50, jan. 2000.

PEREIRA, Avany Fernandes, et al. Detecção de fatores de risco alterados em pacientes coronariopatas hospitalizados. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 3, p. 256-262, 2002.

RIGOTTI, Nancy. Vontade não basta. Entrevistador a Anna Paula Buchala. **Veja**, São Paulo, edição 1857, ano 37, n. 23, p. 11-15, 09 de junho de 2004.

RODRIGUES, Núbia; CAROSO, Carlos Alberto. Idéia de 'sofrimento' e representação cultural da doença na construção da pessoa. In: DUARTE, Luiz F. Dias (Org.); LEAL, Ondina Fachel (Org.). **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p.137-150.

ROSSI, Ana Maria. Prazer, lazer e Saúde. **Você S.A.**, São Paulo, ano 4, n. 33, p. 128, mar. 2001.

SALLES FILHO, Belmiro Freitas de. Esse mal que nos domina. **Revista Rumos**, Rio de Janeiro, ano 26, n. 204, p. 16-19, jan./2003.

SANDOVAL, Rita de Cássia Bruno. **O grupo de convivência de pessoas com diabetes mellitus e familiares: percepção acerca das complicações crônicas e conseqüências crônicas sociais**. 2003. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, Francisca L. M. Martins dos.; ARAÚJO, Thelma Leite de. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 742-748, nov./dez. 2003.

SANTOS, Raul D. III Diretrizes brasileira sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de cardiologia, **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.77(suplemento 3), p.1-48, nov.2001.

SANTOS, Raul D., et al. **Prevenção da aterosclerose: dislipidemia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia (projeto) p. 11, 2001.

SARMENTO-LEITE, R. S; KREPSKY, E.; GOTTSCHALL, C. M. Infarto Agudo do Miocárdio: um século de história. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Porto Alegre, v.77, n. 6, p. 593-601. 2001.

SASDELLI, Erika Nazaré; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandez. Ser: o sentido da dor na urgência e na emergência. In: CAMON-ANGERAMI, Valdemar A. **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 93-112.

SASSO, G. T. M. D. **Crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda** – um desafio para a Enfermagem. Florianópolis. 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SAVÓIA, Mariângela Gentil. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, n. 2, edição Especial,1999. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\)..htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57)..htm). Acesso em: 09 set. 2003.

SCHENEIDER, Dulcinéia Ghizone ; BUB, Maria Bettina Camargo. Concepções de saúde e percepções sobre condição/situação de saúde em pessoas com doença arterial coronariana e/ou seus fatores de risco.**Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 03, p. 44-50, set./dez. 2002.

_____. **A consulta de Enfermagem como prática de reflexãp sobre a saúde do cliente com seus fatores de risco**. 2002. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Ana Lúcia da. **A vida por um fio: a doença que ataca silenciosamente**. Tese USP – Escola de Enfermagem de São Paulo; Resumo. Out. 2000, 273p. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> Acesso em 19 nov. 2002.

SILVA, Denise M. Guerreiro V. da. **Desafios e enfrentamentos: um modelo de prática de Enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis

_____. **A construção da experiência de estar em condição crônica de saúde**. Florianópolis. Trabalho não publicado. UFSC,1997

_____. **Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais**. 2001. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, Denise M. Guerreiro V. da et al. Grupos como possibilidades para desenvolver educação em saúde na Enfermagem. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n.1, p. 97-103, jan-abr, 2003.

SILVA, Lúcia de Fátima; DAMASCENO, Marta M. C. Ser Coronariopata: entre o viver autêntico e as amarras do cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 01, p. 91-99, jan/mar. 1999.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; MACHADO, Wiliam César Alves; SANTOS, Iraci. Situações do viver: contribuições para o cuidar. In: SANTOS, Iraci, et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2004. (Série Atualização em Enfermagem; v. 2).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/FUNCOR. **Saúde para o seu coração: mudança de hábitos reduz o risco de doenças cardíacas**. Disponível em: <<http://www.prevenção.cardiol.br/sbc-funcor/noticias/saúde/julho/017a.asp>>. Acesso em: 19 jul. 2002.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Abordagem diagnóstica e manuseio terapêutico da doença coronária crônica: recomendações oficiais do Consenso da SOCERJ**. Disponível em <http://www.socerj.org.Br/médicos/recomend/corona/corrona1.htm> Acesso em: 19 nov. 1999.

SOUZA, Josiane de; MANFROI, Waldomiro Carlos; POLANCZYK, Carisi Anne. Teste ergométrico medido em pacientes com dor torácica em sala de emergências. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v. 79, n. 1, p. 91-96. 2002.

SOUZA, M., et al. Tendências do risco de morte por doenças circulatórias nas cinco regiões do Brasil no período de 1979 a 1996. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, Porto Alegre, v.77, n. 6, p. 562-568. 2001.

STIPP, M. A. C. **O cliente e a doença coronariana** – um estudo sobre suas representações. 1995. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STEWART, M. J. et al Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. **Journal of Advanced Nursing**. v. 31, n. 6, p.1351-1369. June, 2000.

StORK, Ricardo Yepes. **Fundamentos de antropologia: um ideal de la experiência humana**. 2. ed. Navarra: Pamplona, 1997.

STUCHI, Rosemary Aparecida Garcia; CARVALHO, Emília Campos de. Crenças dos portadores de doença coronariana, segundo o referencial de Rokeach, sobre o comportamento de fumar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 1, p. 74-79, jan./fev.2003.

TASCHETTO, O. T. P. **A pessoa colostomizada: um desafio para viver e cuidar**. 1999. 203f. Dissertação(Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion em enfermeria Psiquiatrica: El Proceso de La Relacion de Persona a Persona**. Colombia: Carvajal S. A., 1969.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999. 162p. (Série Enfermagem).

TRENTINI, Mercedes; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto&Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n. 2, p.76-88, jul/dez. 1992.

TRENTINI, Mercedes, et al. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, vol. 11, n. 1, p. 18-28, jan. 1990.

VERRI, Valéria, et al. Redução da isquemia miocárdica após o tratamento com Sinvastatina nos pacientes com DAC crônica. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, V.16(Suplemento A),

p.129-130, jul.2003.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4. Jul./ago.2002.

WASH, Froma. A família no estágio tardio da vida. In: CARTER, Elizabeth; CGOLDRICK, Mônica. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1995. p. 269-287.

VASQUEZ, Adolfo Sanches. **Ética**. 20. ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 2000. 260p.

WAJNGARTEN, Maurício; OLIVEIRA, Sergio Almeida. Doença coronariana no grande idoso: conduta conservadora ou agressiva? **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 3, p. 219-220, 2003.

ZORNOFF, Leonardo A. M., et al. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 396-400, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE (A)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro para coleta de dados

Dados de identificação

Idade: Sexo: Estado civil:

Ocupação:

Renda Familiar / Situação sócio-econômica:

Procedência:

Questões orientadoras

Como surgiu a doença a sua vida? Fale um pouco deste período.

Qual destes citados, algum já fez, quando?

- () Teste de esforço. Data de realização
- () Ecocardiograma
- () Cateterismo cardíaco
- () Cintilografia miocárdica
- () Angioplastia de coronária
- () Cirurgia de revascularização do miocárdio

Qual foi a situação que o (a) levou a realizar o exame?

Como se sentiu fazendo o cateterismo cardíaco? E os demais exames?

O que o (a) Sr (a) sabe sobre a sua doença do coração?

Como você convive com esta situação, com a doença?

O que mudou na sua vida depois da descoberta da DAC?

O que mais o incomoda decorrente do viver com uma DAC?

Quem ou o que o ajuda?

O que atrapalha o viver com essa condição de saúde?

Como se sente em relação a sua maneira de viver depois que surgiu a doença?

Quais cuidados realiza decorrentes do processo de adoecimento? Por quê?

Qual é a limitação e/ou a dificuldade para fazer seu tratamento/cuidado?

Quais recursos percebeu como ajudando no seu viver mais saudável?

Há algum cuidado recomendado para fazer que você não realiza? Por quê?

Impressões do pesquisador durante a entrevista:.....

.....

Data:../.../.....

APÊNDICE (B)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Maria Salete Lopes Natividade, aluna do curso mestrado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo a pesquisa “ **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com Doença Arterial Coronariana**”. Com o objetivo de conhecer os estressores do processo de viver das pessoas com uma Doença Arterial Coronariana (conhecida por angina de peito, infarto agudo do miocárdio, relacionada com colesterol elevado no sangue, hipertensão arterial, fumo, e diabetes mellitus), assistidas no setor de hemodinâmica de um Hospital Universitário. Este estudo é necessário para conhecer outras formas de cuidar e tratamentos feitos pelas pessoas que sofrem essas doenças. Serão realizadas entrevistas com pessoas com problemas cardíacos que foram atendidas no setor de hemodinâmica do Hospital Universitário para coletar informações que enriquecerão este estudo. Isso não traz riscos e desconfortos, mas lhe fornecerá benefícios por prestar uma assistência mais voltada para suas necessidades. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo, pode entrar em contato pelo telefone 233-5923 se estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal:.....RG:

Pesquisador Responsável: _____ RG: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa “**Os estressores decorrentes do processo de viver com uma Doença Arterial Coronariana**” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

Assinatura: _____ RG: _____

ANEXO

ANEXO 1

O MAIOR DESAFIO

Cada um de nós tem desafios diferentes.

A vida é cheia de desafios diários.

[...]. Para quem sofreu um acidente e está re-aprendendo a andar, o desafio está em apoiar-se nas barras, na sala de reabilitação, e tentar mover um pé, depois o outro.

Para quem perdeu a visão, o grande desafio é adaptar-se à nova realidade, aprendendo a ouvir, a tatear, a movimentar-se entre os obstáculos sem esbarrar. É aprender um novo alfabeto, é ler com os dedos, é adquirir nova independência de movimentos e ação.

Para o analfabeto adulto, o maior desafio é dominar aqueles sinais que significam letras [...] formam palavras, que formam frases.

É conseguir tomar o lápis e escrever o próprio nome, em letras de forma. É conseguir ler o letreiro do ônibus [...]

Cada qual, dentro de sua realidade, de sua vivência, apontará o que lhe constitui o maior desafio: dominar a técnica da pintura, da escultura, da música, da dança.

Para vencer um desafio é preciso disciplina, ser persistente, ser diplomático, saber perdoar-se e perdoar aos outros.

É ser otimista quando os demais estão pessimistas. Ser realista quando os demais estão com os pensamentos na lua.

É saber sonhar e ir em frente.

É persistir, mesmo quando ninguém consiga, os imaginar com um Nobel de química, um pai de família, um professor, um prefeito ou programador.

Acima de tudo, o maior desafio para todo ser humano, é fazer.

Fazer o que promete. Dar o primeiro passo, o segundo e o terceiro. Ir em frente.

Aprenda com seus erros. Quando algo não der certo, você pode tentar de maneira diferente.

Agora você já sabe que daquele jeito não dá.

Pode tentar novas idéias. Pode dividir seu objetivo em várias etapas e tentar uma de cada vez, em vez de tentar tudo de uma vez só.

Você pode fazer o que quiser. Só não pode é sentir pena de si mesmo.

Você não pode desistir de seus sonhos.

<<http://www.momento.com.br>>.