

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

REJANE VARELA

**INFARTO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES:
SUA PERCEPÇÃO**

**Florianópolis,
julho de 2004**

REJANE VARELA

**INFARTO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES:
SUA PERCEPÇÃO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Elza Berger Salema

**Florianópolis,
Julho 2004**

REJANE VARELA

**INFARTO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES:
SUA PERCEPÇÃO**

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pela Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de **MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

Sandra Noemi C. de Caponi
- Coordenadora do PGSP/UFSC -

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Elza Berger Salema Coelho
- Presidente -

Sandra Noemi C. de Capon
- Membro -

Gláycion Michels
- Membro -

“É chegado um tempo em que o corpo da mulher irá nascer das palavras das mulheres”. Elizabeth Ravoux-Rallo, 1984

***D**edico este trabalho a minha família, principalmente ao meu esposo, Rodrigo da Gama d'Eça Tertschitsch que esteve sempre ao meu lado nestes dois anos de pesquisa, nos momentos bons e ruins. Ao meu pai, Antônio Carlos Varela e minha mãe, Elza Bunn Varela que mesmo estando longe, sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Ao meu irmão, Paulo Mário Varela e minha cunhada Simone pela amizade e carinho.*

A GRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, a Dra. Elza Berger Salema Coelho, pela confiança em mim depositada nestes dois anos de caminhada.

Aos meus professores de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Pública.

Às mulheres que fizeram parte da pesquisa.

À Universidade do Estado de Santa Catarina/UEDESC, instituição onde fiz a graduação, em especial o CEFID que está sempre de portas abertas .

À Carolina Bunn Bartiloti, Psicóloga formada pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC que contribuiu para o enriquecimento do trabalho.

Ao meu querido amigo, Álvaro Barros da Silveira, Secretário Executivo do Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina que sempre, sabiamente, me incentivou a prosseguir no meio científico.

A Getúlio Lamego, médico veterinário e amigo que pacientemente lia meu trabalho, ajudando no meu progresso.

Ao meu amigo, Professor Dr. Ruy Marcelo de Oliveira Pauletti, da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo por suas sábias palavras. E, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

VARELA, Rejane. **Infarto do miocárdio em mulheres**: sua percepção. 2004. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2004.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender a percepção de mulheres com menos de 50 anos, sobre o infarto agudo do miocárdio, do ponto de vista individual e sua relação com o contexto social. A preocupação em estudar esta população reside no ingresso das mulheres no mercado de trabalho, resultando em fatores gerados pelo estilo de vida estressante e que podem desencadear e/ou agravar os problemas relacionados às doenças cardiovasculares. Este estudo tem como base uma pesquisa bibliográfica que permitiu verificar que a mudança de estilo de vida da mulher pode estar levando-a a adoecer. A pesquisa realizada foi descritiva com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada com entrevista gravada, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977). A população estudada foi a de participantes do programa de Reabilitação Cardíaca da UDESC, mulheres que tiveram infarto antes dos 50 anos. De acordo com a metodologia utilizada, três categorias surgiram: infarto (categoria apriorística), estresse e trabalho (categorias empíricas). Analisando as categorias, constatou-se que nessa população especificamente estudada, a má adaptação às reações de estresse relacionado ao trabalho, provavelmente podem ter sido psicossomatizadas, gerando distúrbios orgânicos diversificados em níveis distintos de complexidade e que podem ter contribuído para o desencadeamento do infarto. Verificou-se que a adaptação às novas condições de vida depois do infarto, consequência principal do estilo de vida estressante, é, sem dúvida, a questão mais importante a ser avaliada e discutida em futuras pesquisas.

Palavras chave: Infarto do miocárdio. Mulheres. Estresse e trabalho.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
1.1 INFARTO DO MIOCÁRDIO	12
1.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES: MULHERES.....	19
1.3 MULHER E TRABALHO	25
1.4 ESTRESSE	29
1.5 O ESTRESSE RELACIONADO AO TRABALHO.....	35
1.6 ESTRESSE E ATIVIDADE FÍSICA	39
1.7 SAÚDE E DOENÇA.....	42
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA.....	50
2.1 TIPO DE PESQUISA	50
2.2 LOCAL DA PESQUISA	51
2.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DE PESQUISA	52
2.4 COLETA DE DADOS.....	53
2.4.1 Significado dos pseudônimos: cores	54
2.5 AS QUESTÕES ÉTICAS	55
CAPÍTULO 3 - MOMENTOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	57
3.1 PRÉ-ANÁLISE	57
3.2 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	57
3.2.1 O recorte: unidades de registro.....	58
3.2.2 Seleção de regras de contagem	58
3.2.3 Escolha das categorias	59
3.3 TRATAMENTO DOS RESULTADOS	60
3.3.1 Identificando as Mulheres	60
3.3.2 Descrição Individual	61
CAPÍTULO 4 - AS CATEGORIAS.....	66
4.1 CATEGORIA INFARTO	67
4.2 CATEGORIA – O TRABALHO.....	74
4.3 CATEGORIA – ESTRESSE.....	79
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO	85
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS	103
ANEXO I - QUESTIONÁRIO E ROTEIRO PARA ENTREVISTA	104
ANEXO II – FLUXOGRAMA.....	108
ANEXO III - PLANILHA PARA A REGRA DE RECORTES E CATEGORIZAÇÃO.....	109

A APRESENTAÇÃO

O presente estudo trata da percepção¹ de mulheres que tiveram infarto agudo do miocárdio e sua relação com o contexto social. Partiu-se do pressuposto de que pensar e investigar as características da relação entre mulher-doença, abordando as condições de vida dessas mulheres, poderia evidenciar o que o infarto pode significar para cada uma das mulheres participantes da pesquisa.

No Brasil, em 1988, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maior proporção de óbitos no país: sendo a principal causa *mortis*, a partir dos 40 anos de idade, e contabilizando 33% dos óbitos na faixa de 40 a 49 anos de idade, as mulheres foram responsáveis por 39% deste total (CHOR et al. 1999).

A American Heart Association (AHA) informa que quase 60 milhões de americanos sofrem de uma doença cardiovascular; deste número, 7 milhões sofreram um ataque cardíaco. Entre as mulheres, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte por décadas, mas somente mais recentemente têm sido mais estudadas.

¹ A percepção, segundo a Filosofia, pode ter significados diferentes. Existem teorias que explicam o termo percepção, e uma delas tem um significado específico ou técnico, segundo o qual esse termo designa uma operação determinada do homem e suas relações com o ambiente. Este significado é a interpretação dos estímulos, e neste âmbito do significado é que se pretendeu denominar as questões de percepção desta pesquisa. O que importa para a pesquisa sobre a percepção das mulheres quanto ao infarto, outra coisa não é senão a interpretação dos estímulos, o reencontro ou a construção do significado deles. Segundo o Dicionário de Filosofia, 2000 p.756: “A percepção é como uma transação, como um acontecimento que ocorre entre o organismo e o ambiente, e não pode, portanto, ser reduzido à ação do objeto ou do sujeito, nem à ação recíproca dos dois. Como transação, a natureza da Percepção deriva da situação total em que está inserida e tem suas raízes tanto na experiência passada do indivíduo quanto em suas expectativas de futuro.”

Apesar da gravidade que estes números representam, em termos de saúde pública, ainda são poucos os estudos relacionados, principalmente, nos casos de mulheres jovens. Em face desta realidade, esta pesquisa teve como **foco estudar o infarto do miocárdio sob o ponto de vista dessas mulheres, ou seja, na percepção da mulher infartada e sua relação com o contexto social.**

O projeto foi desenvolvido com mulheres com menos de 50 anos, participantes do projeto de prevenção e reabilitação cardíaca do Núcleo de Cardiologia e Medicina do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. A investigação foi realizada, inicialmente, com 1.460 pacientes, homens e mulheres, atendidos no programa entre 1993 a 2003.

A pesquisa foi realizada com mulheres que tiveram infarto agudo do miocárdio, antes dos 50 anos de idade. Justifica-se, uma vez que, nos últimos anos, os casos de infarto têm aumentado em mulheres mais jovens, indicando uma preocupação para os profissionais da saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, traçou-se os seguintes **objetivos**: a) compreender a percepção das mulheres sobre o infarto agudo do miocárdio; b) identificar as razões que as mulheres justificam para a ocorrência do infarto agudo do miocárdio. c) perceber se houve mudanças significativas na vida das mulheres após o infarto agudo do miocárdio.

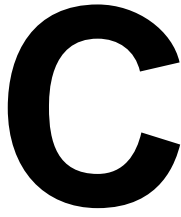
Para tanto, no capítulo I, apresenta-se o referencial teórico sobre o infarto agudo do miocárdio, pois, sendo o infarto em mulheres jovens o objeto de pesquisa, se tornou necessário aprofunda-se as doenças cardiovasculares e suas repercussões na saúde da população e, principalmente, na saúde da mulher. Outros temas também foram abordados como: a mulher no mercado de trabalho, o

estresse, estresse relacionado ao trabalho e concepções do processo saúde-doença.

No capítulo II, a metodologia, tipo de pesquisa, seleção das participantes, coleta de dados, pseudônimos utilizados e as questões éticas. No capítulo III, os momentos da análise de conteúdo, que de acordo com a linha de pesquisa proposta, seguem etapas descritas para a análise, segundo Bardin (1977). No tratamento dos resultados, identifica-se o perfil individual das mulheres, e analisa-se as categorias estabelecidas a partir das informações.

No capítulo IV, apresenta-se as categorias que foram estabelecidas de acordo com a metodologia; as categorias evidenciadas foram: infarto do miocárdio, trabalho e estresse.

No V, apresenta-se a discussão dos resultados e, no VI, as considerações finais. No capítulo VII, as referências bibliográficas.



APÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Infarto do Miocárdio

No Brasil, em 1988, as doenças cardiovasculares foram responsáveis pela maior proporção de óbitos no país: 31% das mortes em homens e 39% nas mulheres, sendo a principal causa mortis, a partir dos 40 anos de idade, e contabilizando 33% dos óbitos na faixa de 40 a 49 anos de idade. De acordo com Chor et al.,1999, comparando-se a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (IAM) de oito capitais brasileiras (Belém, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre) com a de outros países, verificou-se que no grupo etário mais jovem (entre 35 e 44 anos), o risco de morte por IAM foi cerca de três vezes maior para homens e quatro vezes maior para mulheres do que nos EUA, e, nos grupos mais idosos, os coeficientes foram o dobro dos norte-americanos.

De acordo com Conti et al. (2002), no Brasil, durante o ano de 2000, 4.549 pacientes, com menos de 45 anos de idade, foram hospitalizados com infarto agudo do miocárdio. Os pacientes jovens com infarto agudo do miocárdio sofrem conseqüências mais severas psicossociais e econômicas, pelo fato de estarem no auge de sua produtividade.

Os fatores de risco mais evidentes no panorama da saúde cardiovascular no Brasil são: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus,

obesidade e dislipidemias. Ainda que o sedentarismo não tenha sido estratificado no panorama nacional, há algum tempo ele vem sendo mencionado por diversos autores como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (SANTOS et al., 2001). Outros fatores de risco vêm sendo investigados por sua correlação com as doenças cardiovasculares, como: concentração sanguínea de homocisteína e de lipoproteína A, fibrogênio, período pós-menopausa, estresse oxidativo da LDL-c, hipertrofia ventricular esquerda e fatores psicossociais. No entanto, a modificação através de intervenções no estilo de vida requer maiores estudos (GORDON,1998).

A principal etiologia de um infarto agudo do miocárdio é a obstrução de uma artéria coronária por uma placa de aterosclerose ou por um coágulo de sangue. A obstrução leva a um impedimento da passagem de sangue para uma determinada área do coração irrigada pela coronária. A área se torna isquêmica, e pode evoluir com morte das células naquele local (necrose) – mais tarde, se o paciente sobrevive ao infarto, a área é substituída por fibrose, que não se contrai – área infartada do coração passa, pois, a não ser funcionante.

As análises mais recentes sobre a mortalidade de adultos, em países de primeiro mundo, têm mostrado uma tendência de aumento na mortalidade de mulheres relacionada, principalmente, às mudanças de comportamento e aos hábitos, como: fumar, alimentação inadequada, uso de drogas, sexo desprotegido, maior participação no mercado de trabalho com predominância de doenças relacionadas a essas atividades.

Entre pessoas com menos de 50 anos (homens e mulheres) que sofrem um infarto agudo do miocárdio, as mulheres têm duas vezes mais possibilidades de morte como conseqüência do infarto quando comparadas aos homens. Foram

avaliados 384.878 pacientes entre 30 e 69 anos (155.565 mulheres e 229.313 homens) entre junho de 1994 a janeiro de 1998. A mortalidade global dos pacientes foi de quase 16,7% entre mulheres e 11,5% entre homens. Entre os pacientes com menos de 50 anos, a mortalidade entre mulheres foi o dobro da dos homens. O trabalho concluiu que as mulheres mais jovens com infarto agudo do miocárdio representam um grupo de risco à parte, merecendo mais estudos e investigação.

O hábito de fumar, indiscutivelmente, tem associação com o infarto do miocárdio. O tabaco é considerado como causa subjacente principal de mortes nos Estados Unidos, atualmente, sendo seguido pela dieta, inatividade e álcool (COOPER, 1988).

Em outro estudo sobre comparação entre homens jovens e mulheres com infarto agudo do miocárdio. Conti et al. (2002), demonstra que o tempo de intervalo entre os sintomas e a busca do tratamento nas mulheres, é mais longa do que se comparado aos homens. Esta questão pode estar ligada ao fato de a doença coronariana ainda parecer doença exclusiva dos homens.

No que diz respeito às particularidades de gênero, em relação às doenças do coração, percebe-se que há uma predominância de estudos e considerações voltadas para o sexo masculino. Bloch (1998) aponta uma prevalência de doença isquêmica do coração no sexo masculino. Essa relação é parcialmente explicada pelo fato das mulheres fumarem menos, terem pressão arterial mais baixa antes dos cinquenta anos e apresentarem diferença nos níveis de hormônios sexuais, estando protegidas organicamente. Como veremos adiante, em função disso, as mulheres têm recebido pouca atenção no que se refere aos riscos e aos efeitos da doença coronariana, embora essa tenha avançado rapidamente entre elas. Em relação aos índices de mortalidade por doença isquêmica do coração, Passos, et al. (1998), têm

apontado que as mulheres apresentam índices de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) maiores que os homens.

Os tipos mais comuns de doenças cardíacas são: coronariopatia, apoplexia ou acidente vascular cerebral e doenças hipertensivas. Dentro de um termo genérico, também estão incluídas a hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, valvulopatias e a cardiopatia reumática. Coronariopatias quase sempre são resultantes de aterosclerose de que resulta uma estenose das artérias coronarianas (POLLOCK, 1991).

Algumas das doenças cardiovasculares se tratadas no início dos sintomas podem ser controladas, como no caso da hipertensão arterial. Porém, há necessidade de um acompanhamento profissional, geralmente em programas específicos para este tipo de doença, que neste caso, são os de prevenção e reabilitação cardíaca.

No estudo sobre nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares, Rique et al. (2002), concluíram a importância das práticas educativas implementadas por equipes multidisciplinares que conscientizem a população da importância de hábitos alimentares saudáveis, e da atividade física regular que devem ser componentes prioritários nas estratégias de Saúde Pública, a fim de deter o avanço das doenças cardiovasculares.

De acordo com Niemam (1999 p. 42):

Os fatores de risco para doenças cardiovasculares, mais especificamente falando do infarto, são definidos como hábitos ou características pessoais que a pesquisa médica demonstrou estarem associados a um aumento do risco da doença cardíaca”

Os fatores de risco podem ser divididos em dois grupos principais, os fixos e os modificáveis. Os fatores de risco fixos são a idade, sexo e história familiar. Os

modificáveis são fumo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, intolerância à glicose, sedentarismo, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, obesidade, sedentarismo, isolamento social, estresse, comportamento tipo “A” e educação (Guedes,1995). De acordo com Curt Mettlin (1976), numa pesquisa sobre comportamento do tipo A (competitivo, agressivo, tenso, lutador) revelava a relação de risco coronariano e organização social do trabalho. Mettlin dizia que o padrão tipo A estava inserido no contexto social da moderna carreira ocupacional.

Comportamento tipo A é um nome dado ao tipo de comportamento de um indivíduo que costuma ter certas características comuns como agressividade, competitividade, tensão, e que tais características são consideradas fatores de risco para doença coronariana (GUEDES, 1995; METTLIN, 1976; CARDIA, 2004).

No estudo de Dantas et al. (1999), sobre o perfil de mulheres infartadas de dois hospitais universitários do Estado de São Paulo, os resultados foram a presença de fatores de risco para infarto no perfil das mulheres entrevistadas. Hipertensão, obesidade, diabetes, estresse, sedentarismo, foram alguns dos fatores presentes.

Numa pesquisa norte-americana chamada CARDIA (2004) divulgada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2004), que estudou o risco de angina ou infarto em jovens de 18 a 30 anos com 3300 indivíduos, desse total 15% desenvolveram hipertensão arterial (pressão alta), sendo que esta situação foi correlacionada com seu comportamento psicológico-ambiental: impaciência ou urgência de tempo, competitividade/objetivo de alcançar o topo e hostilidade, que na verdade faz parte da chamada personalidade tipo A.

Descobriu-se que nos "impacientes/urgentes de tempo" a chance de desenvolver hipertensão arterial foi 84% maior. O mesmo aconteceu com as pessoas desta pesquisa que apresentavam "alta hostilidade" (CARDIA, 2004).

A angústia, segundo os fisiologistas, comporta em nível físico, modificações de uma ou várias funções vegetativas segundo a predominância da excitação do sistema nervoso simpático e parassimpático. Estão entre as modificações: aceleração (ou mais raramente diminuição do ritmo cardíaco); modificação da vasomotricidade cutânea; dispnéia ou taquipnéia; perturbação do trânsito intestinal; variação das secreções sudoríparas, salivares ou gástricas; surgimento de espasmos musculares lisos; modificações metabólicas, como por exemplo: variações da glicemia, das taxas de colesterol, etc (BELKISS, 1990).

De acordo com Gloos, (apud HAYNAL,1983), os sintomas mais comumente referidos como concomitantes da angústia. Observa-se que as palpitações cardíacas, as dores precordiais, as compressões torácicas, a respiração curta estão entre os mais freqüentes. Esta observação é muito interessante no sentido em que nos mostra as modificações fisiológicas e os sintomas somáticos, descritos com mais freqüência como concomitantes da vivência da angústia; são referidos como sintomas de várias doenças cardíacas.

Alguns estudos têm apontado, que em torno de 66% dos pacientes com Infarto do Miocárdio, sofrem algum transtorno emocional, principalmente de depressão ou ansiedade (DHHS, 1998).

É conhecida uma extensa lista de doenças médicas, mimetizando angústia ou ansiedade. Em se tratando de cardiologia, observa-se que as estimativas de incidências de queixas derivadas de angústia ou ansiedade variam de 10 a 14%. Salienta-se um aspecto importante no sentido de que o coração se presta a ser um

foco freqüente de queixas de fundo emocional, porque, além de ter a função de resposta real ao estresse psicológico, carrega uma extensa carga de atributos simbólicos e psicológicos (BRAUNWALD,1987).

O infarto pode ocorrer após períodos em que o indivíduo tenha passado por sérios problemas, seja relacionado ao trabalho, à morte de familiares, preocupações financeiras, acidentes de automóveis, entre outros. Esses problemas, quando não elaborados, podem provocar a quebra do sistema existencial do indivíduo, além de levá-lo a sentir-se desvalorizado, tornando-o mais susceptível ao infarto do miocárdio.

Segundo Passos et al. (1998), a diferença de letalidade hospitalar da Angina instável entre homens e mulheres, é maior nas mulheres e, a idade e fatores de risco não influenciaram de forma importante a associação entre sexo e morte. As causas e fatores, associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva, chama a atenção pelo fato de que foram identificados 1.013 óbitos de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, e que, de 40 a 49 anos o predomínio das mortes foi de doenças do aparelho circulatório e não por complicações na gravidez ou neoplasias, nem câncer de mama.

Em relação às mulheres, precisamos mais investigação, pois as causas que levam ao infarto, e até mesmo ao óbito em função do infarto, ainda são muito complexas. As questões psicológicas e fisiológicas, sem dúvida, têm um papel importante no desencadeamento da doença.

Num estudo sobre trabalho e saúde, Rocha, Debert, Ribeiro (2001), relataram maior freqüência de sintomas relacionados ao estresse, maior fadiga física e mental nas mulheres do que nos homens. O estudo sugere, que as repercussões na saúde estão associadas às exigências do trabalho e ao papel da mulher na sociedade.

Partindo-se deste pressuposto de que o trabalho pode gerar estresse, e, conseqüentemente este estresse pode desencadear um processo patológico.

A preocupação dos profissionais da área da saúde sobre quais fatores de risco são mais comuns nas mulheres, principalmente na mulher jovem, e que possam desencadear um processo patológico, precisam de maior investigação para que possamos implementar programas de prevenção ou reabilitação. Por isso, precisamos entender mais sobre como é o processo saúde-doença na mulher.

1. 2 Doenças Cardiovasculares: Mulheres

As doenças cardiovasculares são doenças do coração e de seus vasos sangüíneos. A doença cardiovascular não é uma doença única; o termo é uma denominação genérica para mais de 20 diferentes doenças do coração e de seus vasos. A aterosclerose, produção de uma placa de substância gordurosa na camada interna dos vasos sangüíneos, é o fator subjacente em 85% das doenças cardiovasculares de acordo com Niemam (1999). Mesmo sendo considerada uma doença genérica, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade no mundo (RIQUE et al., 2002).

Uma das principais formas da doença cardiovascular e que podem levar ao infarto é a trombose coronária, em pelo menos 90% dos casos é o fator responsável pelo Infarto Agudo do Miocárdio e, em cerca de 60 a 70% dos casos há comprometimento severo em outros vasos. Quando uma placa aterosclerótica bloqueia um ou mais vasos coronarianos, o diagnóstico é doença coronariana, a principal forma de doença cardiovascular. Freqüentemente, ocorre a formação de

um coágulo sangüíneo na artéria coronária estreitada. Isso pode causar infarto do miocárdio (IM). A aterosclerose também pode bloquear vasos sangüíneos cerebrais (acarretando um derrame) ou dos membros inferiores, definido como doença arterial periférica (NIEMAM,1999).

As doenças cardiovasculares são uma preocupação em termos de saúde pública. Também sabemos que elas não são uma única doença; o termo é uma denominação genérica para diferentes doenças do coração e de seus vasos, e entre elas está o infarto agudo do miocárdio (NIEMAM,1999).

A doença cardiovascular é a maior causa de morbiletalidade em mulheres na pós-menopausa, superando todas as outras causas, como câncer, doença pulmonar, doenças infecciosas e causas externas. As doenças cardiovasculares têm crescido nos últimos anos, preocupando não só as autoridades médicas, mas, principalmente a sociedade de modo geral. Ela não atinge apenas fisiologicamente o doente, mas todos que estão ligados direta ou indiretamente com o doente. Seja a família, a empresa, os amigos.

Nos países desenvolvidos, onde as moléstias infecto-contagiosas e a desnutrição têm sido amplamente controladas, uma curva ascendente tem sido registrada para as doenças cardiovasculares, a tal ponto de ser a causa de aproximadamente 50% das mortes. Nos EUA, ocorrem cerca de 485.000 mortes por ano de doenças cardiovasculares, e aproximadamente 1.500.000 casos de infarto do miocárdio (CARVALHO,1995).

Em 1986, nos EUA, foram responsáveis por quase 978.500 mortes, o que representou 47% do total da taxa de mortalidade anual (POLLOCK, 1999).

Considerando somente o Brasil, durante o ano de 2000, de acordo com informações do Sistema Único de Saúde (SUS) (citado por CONTI et al.,2002),

4.549 pacientes com idade inferior a 45 anos foram hospitalizados com infarto agudo do miocárdio.

As doenças cardiovasculares são multicausais. Vários fatores podem contribuir para o aparecimento da doença, por exemplo, Alfieri e Duarte (1993) se referem ao aumento do risco para doenças cardiovasculares em indivíduos com intolerância à glicose (diabetes).

Segundo uma pesquisa realizada por Passos et al. (1998), a letalidade hospitalar, no caso de infarto agudo do miocárdio, é maior nas mulheres do que nos homens. Neste estudo foi observado que o maior risco de morte, durante a fase hospitalar do IAM entre as mulheres pode ser explicado, pelo menos parcialmente, por diferenças na apresentação clínica e na abordagem terapêutica. Os dados apoiaram o papel da idade como preditor independente de morte no infarto agudo do miocárdio, o que estava de acordo com os resultados de estudos anteriores. A idade mais avançada das mulheres, no entanto, explicava apenas uma pequena parte das diferenças entre os sexos na letalidade do infarto agudo do miocárdio.

Detectou-se ainda, no estudo citado acima, uma redução mais acentuada nas diferenças de mortalidade entre os sexos, quando comparado ao modelo que incluía apenas a idade. Isto apoiava a idéia de que, a maior gravidade do evento coronário entre as mulheres, não poderia ser simplesmente explicado, pelo fato de que elas são no momento do infarto agudo do miocárdio, mais idosas do que os homens. As razões para a maior freqüência de infarto entre as mulheres, não são claras. A maior freqüência de acidente vascular cerebral prévio em pessoas do sexo feminino, observada neste e em outros estudos, poderia sugerir um maior grau de aterosclerose entre as mulheres. Pelo menos, no que diz respeito às artérias coronárias, as evidências apontavam em sentido oposto. Estudos com

cinecoronariografia na fase aguda do infarto agudo do miocárdio mostraram uma menor intensidade de aterosclerose coronária obstrutiva em mulheres, seja na presença de infarto ou de angina instável. Esses achados reforçaram a hipótese de que o desenvolvimento do infarto pode seguir caminhos patogenético diferentes entre homens e mulheres. Os dados apoiavam-se na hipótese de que as diferentes condutas terapêuticas poderiam ser, em parte, decorrentes das características clínicas das mulheres no momento da admissão. Não se podia afastar a possibilidade, no entanto, de que estes achados fossem o resultado de idéias preconcebidas dos médicos, em relação ao infarto agudo do miocárdio em mulheres.

Seria possível que outros fatores biológicos, psicossociais e comportamentais, não avaliados neste estudo, pudessem também contribuir para as diferenças de mortalidade entre os sexos. Entre essas variáveis deveriam ser incluídas: índice de massa corpórea, nível socioeconômico, freqüência de detecção e tratamento de doenças associadas, estresse psicológico e o comportamento do paciente na busca de cuidados médicos. Ao se comparar mulheres da mesma idade, entre 40 e 54 anos, subdividindo-as em grupos pré e pós-menopausa, pode-se observar que o grupo de mulheres na pós-menopausa apresenta pelo menos o dobro de incidência de doença cardiovascular em relação ao grupo da mesma idade na pré-menopausa. Portanto, as mulheres cujos ovários ainda apresentam produção adequada de estrogênio têm maior proteção para o infarto em relação às mulheres que já entraram na menopausa. Em outro estudo publicado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2002), sugere que a terapia de reposição hormonal, tanto na pós como na peri-menopausa podem servir de proteção para doenças cardiovasculares.

As questões biológicas sem dúvida merecem atenção, porém, não podemos

esquecer os componentes psíquicos e sua relação com o processo saúde e doença. A exclusão dos componentes psicossociais da doença é uma estratégia aceitável em pesquisa científica, especialmente quando conceitos e métodos apropriados para avaliar as áreas excluídas não estejam ainda disponíveis. Mas isto não pode se tornar uma regra, principalmente porque as aplicações das ciências do comportamento na assistência global à saúde acumularam, nas últimas décadas, evidências de que as experiências tensionais da vida cotidiana contribuem para o desenvolvimento de doenças físicas, agudas e crônicas (BELLKISS,1990).

Segundo Carvalho (1995), a idade mais avançada significa maior possibilidade do surgimento da doença com suas conseqüências. A questão da idade é muito discutida, atualmente, onde as doenças cardiovasculares estão atingindo cada vez mais jovens. Para Duarte (1986) os pacientes com hipertensão arterial apresentam um processo acelerado de aterosclerose, fazendo com que as complicações da enfermidade cardíaca ocorram cerca de 20 anos mais cedo do que nos indivíduos normotensos.

O exercício físico regular parece ser um grande aliado para a prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. O sedentarismo seria um grande responsável pelo desenvolvimento da doença, porém o exercício inadequado e mal orientado pode trazer prejuízo à saúde, por isso, a importância de acompanhamento especializado em centros próprios. A prática regular de exercício físico serve como um importante auxiliar na mudança de hábitos de conduta, inclusive como tabagismo e dieta gordurosa (RIQUE et al., 2002).

Várias doenças acometem homens e mulheres de todas as idades, mas as doenças cardiovasculares parecem ter um peso maior quando se fala de causa de morte. As principais causas de morte entre as mulheres são muito similares às dos

homens, e em se tratando de morte por doenças cardíacas, é preocupante.

Dentre algumas doenças como câncer, derrame, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(DPOC), pneumonia influenza, diabetes e acidentes, no percentual total das mortes, a doença cardíaca apresenta um número consideravelmente grande em relação as demais, principalmente para as mulheres que representam 34% do total das mortes, enquanto os homens, 31,6%. Isto significa que a doença cardíaca em mulheres precisa de atenção, uma vez que está levando um número significativo de mulheres à morte (NIEMAN, 1999).

De acordo com os dados acima, a doença cardíaca em mulheres é um fato preocupante que necessita investigação, pesquisa e principalmente acompanhamento, pois, muitos fatores podem estar envolvidos no processo de adoecer.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o cigarro é um dos fatores de risco principais para o infarto antes dos 50 anos. O hábito de fumar, indiscutivelmente, tem associação com o infarto do miocárdio; estudos como o Department of Helth and Services, classificou o tabaco como a causa subjacente principal de mortes nos Estados Unidos atualmente, sendo seguido pela dieta e pela inatividade e, então pelo álcool (COOPER,1991).

Em relação às doenças do aparelho circulatório em mulheres, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, e, a Organização Mundial da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde (OMS/OPS), no segundo sexo, as doenças do aparelho circulatório representaram um número de 8 mortes em mulheres de 40-49 anos em 2002 (DATASUS, 2003).

Doenças do aparelho circulatório podem ter várias origens, mas o que preocupa é o fato de que a aterosclerose, que é uma doença do aparelho circulatório, pode desencadear o infarto. Já com infarto do miocárdio, neste mesmo

período, foi registrado 1 óbito em mulheres de 40-49 anos. Em 2001, foram 2 óbitos em mulheres e, em 2000, 4 óbitos, o que é significativamente preocupante já que esta faixa etária não era considerada de risco (DATASUS,2003). Outro dado, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1995/1996), é que dos óbitos por causas externas nas mulheres, de 1984 à 1994, o número se manteve em torno do 2%, sem apresentar alterações significativas em nenhum dos períodos, e, justamente de 1995 à 1998 é que os problemas relacionados ao infarto agudo do miocárdio em mulheres, passaram a despertar a atenção dos profissionais da saúde (BRASIL, 1992).

O que chama a atenção é a tendência das pesquisas à desconsideração pelo subjetivo, pelo emocional, o que parece ser muito presente na cultura ocidental contemporânea. Para exemplificar, salientamos o quanto as condições de trabalho oferecidas pelo sistema capitalista, em nome da potencialização da produção, tendem a imprimir às relações, um estilo contratual, normatizado e padronizado, sem espaço para a individualidade e expressão da afetividade espontânea.

Segundo Belkiss (1990, p. 27), “da mesma forma que na relação medicina-doença, o subjetivo, o emocional fica afastado, relegado e tomado como uma parte frágil que vem atrapalhar a objetividade necessária”.

Então, questionamos a respeito das relações que isso possa ter com o grande volume que tem tomado as doenças do coração, principalmente as coronariopatias, como causa *mortis*.

1.3 Mulher e Trabalho

As formas de organização do mundo do trabalho condicionam as funções exercidas pelas mulheres no espaço público e no espaço privado. As

responsabilidades pelo trabalho doméstico são atribuídos, cultural e socialmente, às mulheres que são desta forma penalizadas com a dupla jornada de trabalho.

Durante a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras (2002, p. 41) definiu-se: “por trabalho doméstico, o rol de atividades realizadas no âmbito da moradia, referentes à manutenção do espaço físico e ao bem-estar de seus habitantes, podendo o mesmo ser desenvolvido profissionalmente ou não”.

A ascensão da mulher brasileira no mercado de trabalho trouxe muitas conquistas e junto com elas alguns fatores referentes à jornada dupla, como menores salários, competitividade, adaptações que são discutidas nesta pesquisa para guiar a reflexão sobre as possíveis causas do infarto em mulheres jovens.

Desde a década de 1960, a mulher foi aumentando sua participação na população economicamente ativa (PEA). A mulher, historicamente, sempre lutou e continua lutando por seu espaço, reconhecimento e respeito, enquanto desigualdade de renda em relação aos homens. De acordo com a Conferência Nacional dos Direitos da Mulher 95/99, na década de 60, a participação feminina na PEA era de 17,8% e em 70, 20,4% (CNDM,95/99).

Essa representatividade da mulher no mercado de trabalho, praticamente não apresentava variação por regiões brasileiras, indicando uma significativa uniformidade na inserção das mulheres no mercado de trabalho por todo o país. Foi a partir dos anos 70, que o ingresso das mulheres no mercado de trabalho acelerou-se de modo a vir a configurar a situação atual. Na década de 1980, essa participação atingiu 31%. Na transformação do mercado de trabalho na década de 1990, as mulheres representam 41% da força de trabalho e ocupam 24% dos cargos de gerência(CNDM,95/99).

Mais especificamente em 1996, a taxa de atividade feminina era de 51,1%, ou

seja, metade das mulheres com 10 anos e mais de estudo integravam a PEA, enquanto em 1970, apenas 18,4% o faziam e em 1981, apenas 33% (CNDM,95/99).

O ritmo de incorporação das mulheres no mercado, no curto espaço de três décadas, foi muito acelerado, de forma que a adaptação a esta nova condição da sociedade trouxe consigo algumas transformações.

Segundo dados do PNAD, a renda média das mulheres ocupadas de 10 anos e mais de instrução em 1996, representavam apenas 55,3% do valor da renda média dos homens ocupados (R\$ 279,08 comparadas com R\$ 505,04). A diferença de renda recorre consistentemente em todos os grupos de atividade ocupacional e para todos os níveis de instrução. Em todos os níveis educacionais e em todos os grupos educacionais, o rendimento das mulheres é consistentemente inferior aos dos homens. Essa consistência só pode ser atribuída a uma discriminação de gênero, uma vez que se sabe que as mulheres são tão ou mais bem educadas do que os homens e não há porque duvidar de sua capacidade profissional (CNDM,95/99).

Estes números mostram como hoje a mulher está comprometida com sua carreira: estudando por mais tempo, e, sem dúvida, exercendo também funções “domésticas”. Uma outra peculiaridade, de acordo com o PNAD, a mulher leva mais tempo para conseguir uma vaga e precisa se especializar mais do que os homens.

O ritmo da vida, a transitoriedade das coisas, das pessoas e dos valores, a valorização do bem material, o individualismo crescente, a falta de solidariedade e a premência do tempo e do sucesso estão fazendo surgir novos tipos de doenças e, entre elas, se enquadra a doença coronariana (BALLONE 2004).

Na década de 1980, quando a participação da mulher no mercado de trabalho ainda era de 31%, uma pesquisa realizada por Verbrugge (1983), encontrou que a

atuação em múltiplos papéis beneficia tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico. Rosenfield (1980), encontra dado semelhante no resultado de sua pesquisa, em que as mulheres só apresentam um índice mais elevado de depressão, quando as mesmas estão desempenhando papéis tradicionais, e que as mulheres casadas que trabalham são mais saudáveis do que as que não possuem um trabalho remunerado. Estas duas pesquisas revelaram exatamente o momento de ascensão da mulher no mercado de trabalho. Em 1980, a maneira como as mulheres encaravam o trabalho lhes trazia maior satisfação pelas conquistas. Hoje, a panorâmica mudou. As mulheres já começam a sentir os reflexos destes em mais de 30 anos de conquistas, muitas doenças estão sendo associadas à carga excessiva de trabalho, entre elas o infarto. O infarto pode ocorrer após períodos em que o indivíduo tenha passado por sérios problemas, e podem estar relacionado ao trabalho, preocupações financeiras, acidentes de automóveis, entre outros. Destaca-se ainda, que as preocupações financeiras, acidentes de automóveis, podem estar ligados com a correria do dia-a-dia e a jornada dupla.

Esta inserção no mundo do trabalho e esse ritmo de vida, muitas vezes com jornadas duplas de trabalho, podem gerar estresse. As mulheres entraram na lista das vítimas em potencial do coração desde que começaram a fazer parte do mercado de trabalho. Desde então, o estresse passou a fazer parte do cotidiano, principalmente por conta da jornada dupla de trabalho. O desequilíbrio hormonal que ocorre na menopausa é outro fator que pesa contra elas, além da alta ingestão de calorias que também explica o aumento das taxas de gordura dos jovens (INCOR,2003).

O organismo reage de forma diferente a alguns tipos de agentes estressores, por isso é importante o conhecimento das formas e manifestações de estresse.

Como vimos anteriormente o trabalho pode ser um gerador de estresse e, conseqüentemente, alguns autores relacionam o estresse com o desenvolvimento de doenças como o infarto. Segundo Okano et al. (1998), o estresse é um fator importante que afeta a função cardíaca.

1.4 Estresse

A Organização Mundial da Saúde (apud OFICINA INTERNACIONAL DO TRABALHO 1996), define estresse, como o “conjunto de reações fisiológicas que preparam o organismo para a ação”. O ônus do estresse é incalculável, tanto em termos humanos como econômicos. Os custos mais visíveis se revelam através de doenças, absenteísmo, acidentes; os custos mais escondidos podem se apresentar como relacionamentos rompidos ou também, a diminuição da produtividade.

Segundo Lipp (1996, p.17-31), os agentes estressores são classificados em:

Biogênicos ou automaticamente estressantes: frio, fome, dor, etc.
Psicossociais: que adquire a capacidade de estressar uma pessoa em decorrência de sua história de vida. Externos: que resultam de eventos onde condições externas que afetam o organismo e independem, muitas vezes, do mundo interno de cada um. E Internos: que são determinados completamente pelo próprio indivíduo.

A etiologia das doenças está relacionada com diversos fatores, tais como o genético, o emocional e o ambiental. As doenças relacionadas ao estresse aparecem em todo o corpo, uma vez que as respostas a ele ocorrem através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, num processo que tenta manter o equilíbrio do organismo. Falhando esta tentativa, pode ocorrer o

desencadeamento de doenças. As reações orgânicas são variáveis e o estabelecimento de patologias estará relacionado com a predisposição individual de cada um.

As doenças relacionadas ao estresse podem ocorrer em qualquer parte do corpo, uma vez que o sistema endócrino é controlado por meio do hipotálamo, que atua na hipófise, a qual por sua vez, libera os hormônios, que não se movimentam no corpo com a mesma rapidez que os impulsos nervosos, porém têm efeitos mais duradouros (ARANTES,2002).

Quando o estresse é prolongado, o sistema imunológico é afetado porque as células linfáticas do timo, que é a glândula situada na parte inferior do pescoço e que participa ativamente do sistema imunológico, são prejudicadas, assim como as células dos gânglios linfáticos. Como consequência, as células brancas diminuem em número e o organismo fica sujeito a várias infecções e doenças (LIPP, 1990).

A tradição dos estudos sobre estresse é acompanhar e descrever populações masculinas. As pesquisas sobre eventos de vida estressantes (stressful life events) concentraram-se na década de 1970, e eles eram interpretados como fontes geradoras de desconforto físico e psicológico. De acordo com Schoroeder et al. (1984), em pesquisas posteriores identificaram importantes vieses nas escalas utilizadas para identificar o estresse.

Na década seguinte, Lazarus e Folkman (1984), deram contribuição significativa ao campo, demonstrando que não são os eventos de vida em si e por si que levam ao estresse patológico: a avaliação que o indivíduo faz das situações por que passa e as diferenças ambientais, orgânicas e psicológicas têm um importante papel mediador.

A descoberta das manifestações de estresse sobre a saúde alterou o rumo das pesquisas nesse campo, e as fontes de estresse passaram a ser categorizadas em internas como é caso de agentes nocivos, sentimentos ou pensamentos; ou externas, isto é, eventos que independem, muitas vezes, do mundo interno da pessoa, tais como mudança de chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa (LIPP, 1996). Segundo sua intensidade e permanência no tempo, podem também ser classificadas como crônicas, traumáticas ou menores.

Esta pesquisa como não tem seu foco voltado somente para o estresse, e sim, para o infarto que tem o estresse como um elemento importante no seu desencadeamento, irá investigar as fontes menores, também chamadas de dificuldades diárias ou cotidianas.

Kanner et al. (1981), definem as dificuldades diárias como demandas irritantes, frustrantes e disestressantes que em algum grau caracterizam as transações diárias com o meio. Os fatores pessoais estão intimamente relacionados com nossas dificuldades emocionais.

Todo esse processo educacional distorcido pelas convenções sociais sobre o que é certo ou errado fazer, favorece o surgimento de reações inadequadas aos sentimentos com os quais não sabemos lidar. Tendo comportamentos socialmente aceitos, distantes dos nossos desejos e ambições, enganamo-nos, acreditando que emoções e sentimentos “indesejáveis” não fazem parte de nós (DELBONI 1997).

O termo disestress é utilizado na literatura para designar a reação ruim do estresse, responsável por contribuir para que a pessoa sinta-se desconfortável, física ou psicologicamente). Smith (1993) sugere que tais dificuldades afetam

negativamente a saúde física e mental em um grau que excede o impacto de eventos maiores.

O estresse nos parece uma palavra muito familiar, pois, de modo geral, a televisão, os jornais, as revistas, o próprio médico fala muito sobre “estresse”. Embora seja um termo conhecido, muitas vezes, não sabemos exatamente o que ela é ou representa verdadeiramente para a saúde. É comum ouvirmos “hoje estou estressada”; “não fala com o chefe hoje, porque ele está estressado”; “o estresse causou meu problema de coração”; sendo assim consideramos que se justifica relacionar o significado do estresse e suas manifestações clínicas sobre infarto.

De acordo com Arantes (2002), Hans Selye, pai do estresse, nasceu em Viena, em 1907, e faleceu em 1982. O percurso de suas pesquisas, desde 1925, como estudante de medicina da Universidade de Praga, revela seu fascínio pelas reações do organismo, chamadas reações inespecíficas ou não-específicas. Esta forma de reagir do organismo, em relação a diferentes agentes agressores, era muitas vezes deixada à margem, já que havia mais interesse na medicina, em se buscar o que era específico na doença, visando à cura precisa, direcionada aos sintomas.

Para Selye, o que ele chamava de síndrome de se sentir doente lhe era mais intrigante do que buscar uma cura específica para uma doença específica; ele preferiu tentar entender o mecanismo do adoecer; estas eram suas preocupações em 1925, ainda estudante de medicina.

A partir do momento em que o conceito de síndrome de estresse foi se consolidando, muitas perguntas começaram a surgir. Selye então decidiu que não usaria neologismos para nomear seus achados, pois, na sua opinião, estes neologismos causam mais confusão do que esclarecimento; porém, de qualquer

maneira, precisava encontrar termos para nomear duas ações, as reações específicas e não específicas. Selye chegou a escrever um artigo de 74 linhas que foi publicado em 4 de julho de 1936, na revista britânica *Nature*, sob o título “A syndrome produced by diverse nocuous agents”. Abandonou deliberadamente o termo estresse, pois havia sido muito criticado pela comunidade científica pelo uso do termo, e adotou o termo ofensivo/nocivo (*nocuous*) como um pseudônimo, um substituto para o termo estresse. Neste mesmo artigo, sugeriu o nome de reação de alarme para a resposta inicial do corpo, como se fosse uma convocação geral para a defesa do organismo contra os agentes “nocivos”. Esta reação de alarme não englobava toda a resposta, pois verificou, experimentalmente, que o tempo de exposição aos agentes ofensivos poderia, antes de matar, provocar ainda uma reação de adaptação e de resistência seguidas. Isto quer dizer, nenhum organismo pode ficar continuamente submetido a um estado de alarme. A síndrome passa então a ser conhecida como tendo três fases: a fase (ou reação) de alarme; a fase de resistência e a fase de exaustão (ARANTES,2002).

Estas fases variam de acordo com o modo que cada indivíduo reage aos agentes estressores. O que pode gerar estresse para uma pessoa, como um ruído intermitente ou o trânsito, pode não significar demandas irritantes para outra pessoa. Os agentes estressores podem variar, assim como as patologias desencadeadas pelo estresse.

O estresse está associado a vários tipos de patologias, seja do tipo fisiológico ou psicológico. Uma dessas patologias é chamada de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), tem por definição diagnóstica a ocorrência de um grave estresse traumático como fator etiológico desencadeante, sendo que, após a exposição a

esse evento, inicia-se uma série variável de sintomas característicos e perturbações de natureza psicológicas, sociais e biológicas (VIEIRA et al., 2003.)

De acordo com Graeff (2004), o transtorno de estresse pós-traumático é uma reação anormal a uma adversidade intensa. Daí a busca de suas bases biológicas ter se concentrado em aspectos neuroendocrinológicos das reações do organismo a agressões ambientais. Fatores da vida relacionados ao estresse têm demonstrado influenciar o curso de inúmeras doenças com base biológica causal.

O Transtorno Pós-Traumático (TEPT) afeta aproximadamente 15% a 24% dos indivíduos expostos a eventos traumáticos. São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT, a exposição a situações traumáticas prévias, como abusos, ser do sexo feminino (proporção 2:1 a prevalência mulheres-homens), ter história pessoal e familiar de outros transtornos mentais, bem como separações precoces e eventos traumáticos na infância. O entendimento do TEPT aumentou substancialmente através do atendimento aos sobreviventes de guerras. Estudos com indivíduos em situação de risco apresentaram resultados variáveis, sendo que as prevalências maiores foram encontradas entre sobreviventes de estupro, cativeiro, combates militares, confinamento ou genocídio com motivações políticas ou étnicas (entre um terço e mais da metade dos expostos) (GRAEFF, 2004).

Os indivíduos com esse transtorno apresentam risco aumentado para apresentarem comorbidade com transtorno do pânico (TP), agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), fobia social (FS), depressão maior (DM), transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno do humor bipolar (THB). Esses transtornos podem preceder, seguir ou surgir concomitantemente ao início do TEPT. No TEPT há alterações cognitivas importantes, sobretudo no campo da memória. As memórias traumáticas tornam-se indelévels, sendo resistentes à extinção. Podem

ser intrusas, interrompendo o sono e os pensamentos, e são evocadas por estímulos remotamente ligados à situação original, levando a pensar em dois defeitos nos processos psicológicos da memória: consolidação excessiva e falsa rotulação (GRAEFF, 2004).

O estresse pode ter várias origens e os agentes estressores são interpretados de forma individual, o que muda é o grau de estresse que cada indivíduo pode suportar, antes que algum tipo de patologia se desenvolva. O trabalho para muitos pode ser fonte de satisfação, porém, pode também ser fonte de estresse.

1.5 O estresse relacionado ao trabalho

O trabalho, ao mesmo tempo em que é uma conquista, traz para quem trabalha, o germe do seu desgaste. O trabalho supõe relações e laços sociais (ARANTES, 2002).

O estresse pode ser desencadeado tanto por situações que normalmente são consideradas prazerosas, como se casar e ganhar dinheiro, quanto por situações desagradáveis, como perder o emprego ou sofrer um acidente. Sendo assim, o conceito de estresse relaciona-se a um esgotamento que interfere na vida pessoal e emocional do indivíduo, exigindo a sua adaptação a determinados contextos (GUIMARÃES, 2002).

São muitos os componentes que afetam o bem-estar psicológico, porém com relação à multiplicidade de papéis, as abordagens têm sido feitas em termos de quantidade de energia que as pessoas dispõem na realização de suas atividades, no cumprimento das suas obrigações, de papéis, e nos conflitos decorrentes destas

atuações, como também têm sido consideradas as características sociais que são causadoras do distress psicológico (POSSATI, 2002).

O trajeto que vai do trabalhador ao seu comportamento diante do trabalho, oscilando entre prazer e sofrimento, foram estudados por Dejours (1986), que se preocupou principalmente com o que chamou de “anulação muda e invisível” de um comportamento livre do operário, dando lugar ao comportamento estereotipado do operário-massa, submetido à organização autoritária do trabalho, onde há exclusão radical do seu desejo. Entendendo o trabalho como uma conquista das mulheres nas últimas três décadas, principalmente, e sabendo que o trabalho envolve relações sociais, os resultados deste processo também trazem consequências, tanto para as relações no ambiente de trabalho, como no cotidiano familiar.

A concepção de estresse, germinada dentro da idéia de desgaste e por oposição de resistência, traz para a cena do dia-a-dia, do trabalho, do fazer, do ir e vir, do simples estar acordado, a imperiosa necessidade de dar conta do avanço do relógio do tempo, que supõe um relógio biológico e um programa a ser executado. O trabalho supõe relações e laços sociais. Num lenço de seda pode encerrar-se uma quantidade maior de trabalho do que num tijolo. Mas como se medem as quantidades de trabalho? (DEJOURS, 1986).

Isso só pode ser respondido, pesquisando-se mais sobre o tipo e condições reais de trabalho das mulheres. O que se sabe, hoje, é que algumas funções do trabalho, tanto para a mulher ou quanto para o homem, de acordo com o tempo e movimentos repetitivos, podem desencadear síndromes que são tratadas após anos consecutivos de exposição a determinados esforços relacionados ao trabalho.

Num estudo sobre trabalho e saúde, Rocha et al. (2001), relataram maior freqüência de sintomas relacionados ao estresse em mulheres, maior fadiga física e

mental. Este estudo sugere que as repercussões na saúde estão associadas às exigências do trabalho e ao papel da mulher na sociedade.

Em outro estudo sobre Análise do Risco Coronariano, Estresse e Qualidade de Vida na Associação Brasileira de Mulheres de Carreira Jurídica, determinou que com relação ao trabalho, metade das entrevistadas, num universo de 18 mulheres, apresentava níveis de estresse controlado e pouco (ABAJE, 2001). Em níveis altos, porém, uma grande parte já mostrava indícios de que alterações poderiam estar ocorrendo, sugerindo um alerta para problemas instalados. Os resultados dessa pesquisa informaram que essa população ainda não foi despertada para as conseqüências e males da transformação havida com a conquista das mulheres em sua participação no mercado de trabalho.

Indo ao encontro do referencial citado, percebemos que o trabalho tem uma relação muito forte com o estresse e o desencadeamento de patologias. Uma das síndromes bastante discutidas hoje, é a síndrome de burnout. O burnout é uma síndrome, produto do desgaste laboral crônico que afeta os profissionais em sua relação com o trabalho. Esta síndrome tem maior incidência em profissionais que desempenham funções assistenciais as quais exigem destes um elevado investimento na relação interpessoal, marcada pelo cuidado e dedicação. Com o passar do tempo, os profissionais que realizam este tipo de trabalho estão mais sujeitos a um processo de desgaste, podendo vir a desistir de investir neste empreendimento (CODO; MENEZES, 1999).

O termo burnout, cuja origem etimológica remete à cultura anglo-saxônica, pode ser traduzido para o português como se apagar, consumir-se ou queimar-se; essa síndrome comumente é representada pela metáfora da imagem de uma vela ou fogueira, apagando-se lentamente. A origem etimológica da palavra trabalho, por

sua vez, remete ao termo *tripalium* que significa sacrifício e dispêndio de energia. O conceito de burnout surgiu a partir de 1974, quando Freudenberger aplicou o termo como uma metáfora para exprimir o sentimento de profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas (CODO; MENEZES, 1999).

Ele desenvolveu um estudo com estes profissionais ligados ao tratamento de usuários de drogas e este estudo mostrou que, após alguns meses de trabalho, estes profissionais apresentavam alguns sintomas, tais como: sofrimento, exaustão, incapacidade, esgotamento, entre outros. Portanto, inicialmente, pensava-se que profissionais considerados cuidadores (médicos, psicólogos, agentes penitenciários, enfermeiros, professores e similares) fossem os únicos alvos desta síndrome, porém, hoje, se percebe que outros profissionais são acometidos por ela. Com isso, se estabeleceu um novo entendimento deste fenômeno, de acordo com o qual os diferentes fazeres e profissões são classificados de acordo com o grau de risco de burnout.

A noção de estresse diz respeito a qualquer adaptação requerida à pessoa. O burnout é uma síndrome, onde o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho. A manifestação dessa desistência pode ser confirmada na queda da auto-estima do trabalhador, no esgotamento emocional, na conduta inadequada frente a sua clientela (irritação, descaso, cinismo e distanciamento), na diminuição da produtividade e da auto-realização no trabalho, nos problemas psicossomáticos e absenteísmo (CODO; MENEZES, 1999). O burnout envolve comportamento que trazem como consequência, problemas de caráter prático e emocional ao trabalhador e à organização na qual este se insere.

De acordo com Pinheiro e Tróccoli (2003), a exaustão emocional, enquanto

produto do sentimento de sobrecarga no trabalho e esvaziamento dos recursos emocionais do trabalhador, trata-se da dimensão central desta síndrome. Portanto, o burnout é entendido como um fenômeno multidimensional caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e falta de envolvimento pessoal no trabalho.

A exaustão emocional se refere à situação em que o trabalhador sente que não pode dar mais de si mesmo em nível afetivo, sentindo-se impotente para concretizar o seu trabalho. Neste sentido, percebe esgotada a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas.

A despersonalização, por sua vez, trata-se de uma “coisificação” da relação, ou seja, o outro passa a ser visto como um objeto, o trabalho passa a ser desenvolvido com frieza e irritabilidade. Assim, não há comprometimento com os resultados nem com as metas. Por último, a falta de envolvimento pessoal ou a baixa realização no trabalho se refere à insatisfação com o seu desempenho profissional que o faz sentir-se inadequado no trabalho. O trabalhador percebe-se como incompetente, inábil para a realização de tarefas e inadequado diante da organização (MENDES, 2002).

1.6 Estresse e atividade física

A prática de uma atividade física regular pode ser muito importante para a diminuição e controle do estresse. De acordo com Nieman (1999, p. 245):

O doutor Hans Selye quem introduziu o conceito de estresse no início deste século. Muitas das pesquisas do Dr. Hans Selye, feitas com ratos, demonstraram que luzes intensas, choques elétricos, ruídos altos, causavam um impacto negativo do estresse sobre a saúde levando-os à morte. Por outro lado, com a prática regular de atividade física, ele concluiu que a atividade física “tamponou” os efeitos destrutivos do estresse.

A melhoria da saúde mental e o controle do estresse são tópicos de grande interesse para os homens e mulheres contemporâneos. A saúde mental é o termo genérico utilizado para se referir à ausência de distúrbios mentais e à capacidade de administrar com sucesso os desafios diários e as interações sociais da vida.

O estresse foi definido como qualquer ação ou situação (estressor) que submete uma pessoa a demandas físicas ou psicológicas especiais. Em outras palavras, qualquer coisa que a desequilibre. O estresse pode ser essencialmente a taxa de dano do organismo. Existem dois tipos de estresse: o bom e o ruim. O estresse bom parece motivar e inspirar (por exemplo, apaixonar-se). O estresse ruim pode ser agudo (muito intenso, mas que desapareça rapidamente) ou crônico (não tão intenso, mas que perdura por períodos de tempo mais prolongados).

Nos dois casos, há demandas psicológicas e orgânicas, forçando a uma adaptação. A resposta fisiológica é similar, tanto nas situações boas, quanto nas más. A pesquisa médica sobre os efeitos do estresse utilizou pela primeira vez o termo “resposta de luta ou de fuga” no início do século; atualmente, conhecida como resposta ao estresse. Nessa resposta, os músculos ficam tensos e contraídos, a respiração torna-se profunda e rápida, a frequência cardíaca aumenta, os vasos sangüíneos se contraem, a pressão arterial aumenta, o estômago e os intestinos interrompem temporariamente a digestão, a perspiração aumenta, a glândula tireóide é estimulada, a secreção salivar diminui, o açúcar e as gorduras aumentam e a percepção sensorial torna-se mais aguda (NIEMAM, 1999).

De acordo com Niemam (1999), acredita-se que os agentes estressores crônicos (dificuldades econômicas, relações intoleráveis, dores generalizadas) sejam os vilões reais e estejam associados com uma lista crescente de problemas de saúde. Ansiedade crônica e a depressão, são uma superabundância de eventos

modificadores da vida, que junto com a hostilidade estiveram ligados ao risco aumentado de doença cardíaca, câncer, infecção, imunidade suprimida, crises de asma, lombalgia, fadiga crônica, problemas gastrointestinais, cefaléias e insônia. Por exemplo, o Dr. John Barefoot (citado por NIEMAM, 1999, p. 247): “estudou 740 homens e mulheres de Glostrup, Dinamarca, e observou que a depressão crônica estava relacionada com um risco aumentado de 70 por cento de ataque cardíaco num período de 20 anos”.

Como profissional da área da Educação Física, não poderia deixar de enfatizar a importância da atividade física como prevenção ou reabilitação dos problemas associados ao estresse que podem estar relacionados com o processo de adoecer. Geralmente, a aptidão e a atividade física estão relacionadas com níveis menores de estímulo cardiovascular durante e após o estresse mental. A aptidão física também pode auxiliar o corpo a se proteger dos efeitos perniciosos do estresse mental. Quando os indivíduos são submetidos a situações estressantes, eles apresentam um aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, dos hormônios do estresse e da atividade do sistema nervoso. Os pesquisadores denominam essas alterações de “reatividade cardiovascular” ao estresse mental.

Pesquisadores da Duke University demonstraram que em alguns indivíduos suscetíveis, a reatividade cardiovascular pode desencadear um ataque cardíaco. Embora nem todos os pesquisadores concordem, a prática de exercícios usualmente está associada a uma redução da reatividade cardiovascular em relação ao estresse mental (NIEMAM,1999). O estresse é um fator importante que afeta a função cardíaca. Okano et al. (1998) observaram correlação entre o estresse e as funções hemodinâmicas, com deterioração do ventrículo esquerdo.

O aparecimento de hipertensão arterial é favorecido em situações de estresse

que estimulam por meio do hipotálamo a liberação de catecolaminas e corticosteróides, seja por ação direta sobre o sistema simpático, seja por ação indireta sobre as supra-renais. A liberação excessiva destas substâncias, além da hipertensão arterial e da dor pré-cordial, determina o aparecimento de arritmias cardíacas, aterosclerose coronariana, isquemia ou necrose miocárdica e insuficiência cardíaca (ROGHI, 2000).

Evidentemente, não é somente o estresse o responsável pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, uma vez que suas origens são multifatoriais, resultante de um desequilíbrio entre a manutenção de um fluxo sanguíneo adequado e as necessidades tissulares.

Diante destas colocações, podemos dizer então que a redução da reatividade cardiovascular ao estresse mental seja importante na administração dos eventos cotidianos do trabalho e da vida. O exercício físico parece ser útil porque à medida que o indivíduo se adapta ao aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos hormônios do estresse que ocorrem durante o exercício, o corpo é fortalecido e treinado a reagir mais calmamente quando as mesmas respostas são desencadeadas por um estresse mental.

Sempre nos questionamos o porquê de adoecer. Quando percebemos alguma alteração orgânica, logo pensamos: qual a causa dessa alteração? Muitos autores falam da questão da saúde e doença hoje, e já falavam há tempos.

1.7 Saúde e Doença

O papel do coração, como centro das emoções, é reconhecido desde o início da medicina. Hipócrates e seus discípulos, de acordo com Belkiss (1990, p. 86), diziam que “o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida”.

Depois dele, Aristóteles advertia que o coração “era o último órgão a morrer”. O coração sempre teve uma grande significação para o homem, não só biologicamente, como simbolicamente.

Segundo Braundwald (apud BELKISS, 1990, p. 25) “Além de ter a função de resposta real ao estresse, carrega uma extensa carga de atributos simbólicos e psicológicos.”

Para Oliveira e Luz (1992), o comando da vida física e a modulação do comportamento humano estão centralizados no cérebro. Porém, é o coração que simboliza o sentimento humano, e por conseqüência, as afecções cardíacas passam a exercer um grande impacto sobre os sentimentos e comportamentos humanos.

O coração é ainda um órgão repleto de significações, simbolicamente é considerado o centro da vida e guardião das emoções. Por isso, quando se fala em doença do coração, principalmente na mulher, onde esse simbolismo é bem presente, há necessidade de uma investigação mais individual sobre estas questões.

Gutierrez e Oberdiek (apud ANDRADE, 2001) descrevem que, desde os primórdios da humanidade é possível imaginar que a pergunta “o que é ter saúde” e o “que é ter doença” já fazia parte da preocupação do cotidiano das pessoas. De acordo com Pareta et al. (1976, p.01) “a saúde não é um fenômeno isolado para ser definido ou conceituado em seus próprios termos. Ela está profundamente relacionada com o contexto sócio-cultural”.

Como ainda, a percepção da saúde ou seu oposto, a doença, varia de acordo com os padrões culturais. O termo cultura e suas adjetivações são empregados no sentido antropológico; na conceituação de Tylor (apud HELMAN, 1994, p.22), uma das mais difundidas na antropologia, “Cultura é um complexo

formado por conhecimentos, crenças, artes, moral, lei, costumes, e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”.

Outra definição de cultura é a de Keesing (1981), ele afirma que as culturas compreendem sistemas de idéias compartilhadas; sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem. Diferenças em épocas, diferenças de locais, ou mesmo diferenças de camadas sociais, de instrução, ocupação, renda, religião, na mesma época e no mesmo local, mostram diferenças no binômio saúde-doença. A saúde é, em teoria, um extremamente intrigado estado de ser, aberto a muitas individualísticas interpretações. Essas interpretações, ainda que possam ser consideradas em níveis individuais, recebem um profundo impacto proveniente das diversas situações sócio-culturais.

Assim, a percepção e o entendimento da saúde, através dos tempos, refletem-se oferecendo diversos significados. Os povos não letrados, também chamados primitivos, atribuíam a razão da saúde ou a presença de doença a desejos divinos. Em muitos casos, os pajés, precursores dos médicos atuais, oravam e faziam sacrifícios aos deuses no intuito de atender e proteger a seus pacientes (PARETA,1976).

Os povos primitivos viviam em agrupamentos ou tribos, geralmente nômades, que se deslocavam de um lado para outro em busca de sobrevivência. Esse deslocamento tanto era para buscarem outras fontes de alimentos (porque ao faltarem determinadas comidas, ficavam doentes e morriam), como de defesa e segurança às ameaças do meio (clima, animais ferozes, acidentes geográficos e de outras ordens). O que acontecia com os homens primitivos era explicado do

ponto de vista do pensamento mágico, religioso e sobrenatural (ANDRADE, 2001).

Por exemplo, na chegada do outono ou inverno que trazia a falta de determinados frutos, ou caça, ou pesca, a doença era atribuída aos deuses que sopravam o vento frio, causador da falta desses elementos, porque estavam irados por determinados comportamentos ou atitudes dos homens. As sociedades antigas, os egípcios, hebreus, gregos e romanos, pensavam em termos de saúde física (PARETA,1976).

Em algumas sociedades, todos os tipos de infortúnios são atribuídos a forças sobrenaturais, à ação maléfica de um “bruxo” ou “feiticeiro”, ou tidos como recompensa divina.

Um dos aspectos culturais difundidos foi o conhecimento do processo saúde-doença. Os Gregos procuravam uma explicação racional para as doenças, fundamentando o que vem a ser chamada de “medicina científica”. Nos séculos VI ao IV a.c., os gregos descartam os elementos mágicos e religiosos como causadores de doença. Concluem que a observação empírica, como a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho, a posição social do indivíduo, dentre outros, são entendidos como fundamentais para o surgimento das doenças. A doença, segundo a teoria hipocrática, tem umas concepções não mais ontológicas e sim, dinâmicas da doença, que não mais é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio (ANDRADE, 2001).

Para Thomas Sydenham (apud ROSEN,1994), existiam doenças dependentes da suscetibilidade do corpo e doenças produzidas por desordens atmosféricas. Para cada doença deste grupo havia uma determinada constituição

na atmosfera ou um determinado estado de atmosfera. Existiria, assim, uma marca característica em todas as enfermidades de uma determinada constituição atmosférica. Ao estado da atmosfera e às mudanças hipotéticas em que se produziam doenças, chamou “constituição epidêmica”. Os distúrbios epidêmicos aumentavam enquanto a “constituição epidêmica” crescia e levava sua força ao máximo, e se atenuavam à proporção que os elementos atmosféricos cediam lugar a uma nova constituição. Ele não tinha certeza quanto à natureza da mudança atmosférica, mas a atribuía a um miasma que se elevava da terra. E chegava a pensar em uma origem astrológica das epidemias (ROSEN,1994).

A teoria dos miasmas que reconhecia a razão do aparecimento da doença, ou seja, a ausência da saúde, em virtude de situações ambientais. Particularmente, em relação ao ar, foi reconhecida até o aparecimento dos primeiros estudos em que foram apontados organismos microscópicos como causadores dos males perceptíveis (PARETA,1976).

A indagação sobre o que seria o estado patológico: seria apenas uma modificação quantitativa do estado normal? Atualmente, ainda existe uma hierarquia vulgar das doenças, baseada na maior facilidade de localizar seus sintomas. Sem querer atentar contra a majestade dos dogmas de Pasteur, pode-se até dizer que a teoria microbiana das doenças contagiosas deve, certamente, uma parte considerável de seu sucesso ao fato de conter uma representação ontológica do mal. O micróbio, mesmo sendo necessária a mediação complicada do microscópio, dos corantes e das culturas, pode ser visto, ao passo que não se poderia ver um miasma ou uma influência. Ver um ser já é prever um ato. Ninguém pode contestar o caráter otimista das teorias da infecção quanto ao seu prolongamento terapêutico. A descoberta das toxinas e o reconhecimento do papel patogênico dos terrenos

específicos e individuais destruíram a admirável simplicidade de uma doutrina, cuja roupagem científica dissimulava a persistência de uma reação diante do mal que é tão antiga quanto o próprio homem. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo fabrica uma doença para se curar a si próprio. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural (*vis medicatrix naturae*). Imitar é não somente copiar uma aparência, é reproduzir uma tendência, prolongar um movimento íntimo (CANGUILHEM,1995).

Essa evolução resultou na formação de uma teoria das relações entre normal e o patológico, segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como “a” ou “dis” mas como “hiper” ou “hipo”. A identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos, aparentemente, tão diferentes e aos quais a experiência humana atribuiu valores opostos, tornou-se, durante o século XIX, um espécime de dogma, cientificamente garantido, cuja extensão no campo da filosofia e da psicologia parecia determinada pela autoridade que os biólogos e os médicos lhe reconheciam.

De acordo com Canguilhem (1995), é por referência à polaridade dinâmica de vida que se pode chamar de normais determinados tipos ou funções. Se existem normas biológicas, é porque a vida, sendo não apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu meio próprio, estabelece, por isso mesmo, valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo. É o que chamamos de normatividade biológica. Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Seria

absurdo, porém, considerar esse normal idêntico ao normal fisiológico, pois se trata de normas diferentes. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma maneira de viver. O estado fisiológico identifica-se com o estado são, mais ainda que com o estado normal. É o estado que pode admitir uma mudança para novas normas.

A cura é a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas. A cura estará mais próxima da doença ou da saúde na medida em que essa estabilidade estiver mais ou menos aberta a eventuais modificações. De qualquer modo, nenhuma cura é uma volta à inocência biológica. Curar é criar para si novas normas de vida, às vezes superiores às antigas (CANGUILHEM, 1995).

Entretanto, a compreensão sobre a saúde modificou-se, portanto, foi-se desenvolvendo um significado mais amplo e mais completo sobre a saúde. A medicina científica, baseando-se em uma explanação racional da natureza dos fatos, analisando, determinando e classificando os fenômenos de acordo com sua metodologia própria, permitiu o reconhecimento dos inúmeros fatores intervenientes no processo saúde-doença.

Segundo Pareta et al. (1976), ao lado da reafirmação de inúmeros estudos feitos anteriormente, outros aspectos se foram agregando. Os sócio-culturais, assim como os econômicos, passaram a ser vistos com igual importância aos aspectos anatômicos, fisiológicos, patológicos. Os modernos pontos de vista sobre a saúde começaram a dar ênfase à pessoa como um todo e em relação à sociedade.

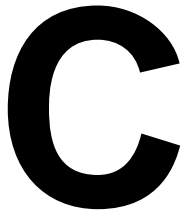
Percebo que, as concepções sobre o binômio saúde-doença continuam sendo escritas e reescritas, numa busca de seu significado. O significado e a percepção do doente, sobre seu estado de saúde, ou seja, as relações do

processo saúde-doença no passar dos tempos, sempre, de um modo ou outro, ficam ligadas ao contexto sócio-cultural de cada época. Ora por situações políticas, ora por situações religiosas, climáticas etc. As causas sempre foram e continuam sendo as principais preocupações neste processo. A saúde e a doença eram percebidas e descritas por aqueles que auxiliam a cura: de acordo com Pareta et al. (1976), os pajés eram precursores dos médicos atuais, faziam sacrifícios para proteger seus pacientes.

A saúde geralmente é determinada pela ausência de doença. A definição da OMS (apud BARBANTI, 1991), considera saúde como o estado de completo bem estar físico, mental e social, ou seja, um estado de harmonia entre corpo e mente, entre o comportamento e as funções corporais.

Outras definições situam ainda a saúde dentro de aspectos complementares. É destacada principalmente a relação entre o indivíduo e o seu estado de saúde. Segundo Nahas (2001), divide a saúde em dois pólos, a positiva e a negativa. A saúde positiva está relacionada à capacidade de se ter vida dinâmica e produtiva, acompanhada de bem estar geral, enquanto saúde negativa está relacionada aos riscos de morbidades e até mortalidade.

Enquanto no relatório final da VIII Conferência de Saúde (1992), descreve saúde como o somatório de alimentação, renda, habitação, liberdade, trabalho, meio ambiente, transporte, lazer e acesso a serviços de saúde, ou seja, direitos de cidadãos em qualquer sociedade. Ressaltando-se, portanto, uma determinação social de saúde. É a partir do pressuposto de saúde definido na VIII conferência, e ainda mais, que a mulher livre de preconceitos e pressões no mercado de trabalho, possa ter saúde no sentido mais amplo possível que buscarei relacionar com o tema a ser pesquisado.



APÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa foi do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Triviños (1997), a pesquisa descritiva é um nome genérico dado às investigações das áreas humanas, os fatos sociais, essencialmente humanos, não podem ser estudados somente nos aspectos quantitativos, pois transcendem números e quantidades. Para Polit e Hungler (1995, p.119), é aquela “cujo propósito é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação”.

Investigar qualitativamente significa estudar as qualidades que não podem ser quantificadas: o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos seres humanos em suas ações e interações sociais (MINAYO, 1998).

Para Chizzotti (1996, p.79), abordagem qualitativa é: “a abordagem que parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

A sistematização dos dados desta pesquisa baseou-se na análise de conteúdo, proposta por Bardin (1979, p. 42), que a define como sendo:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas), destas mensagens .

A análise de conteúdo foi definida por ser este um conjunto de técnicas de análise das comunicações que apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. Por isso pode funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes. Como o objetivo da pesquisa é a percepção do infarto, para que as deduções não fujam ao tema proposto, o método foi adequado ao desenvolvimento da mesma.

2.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Educação Física e Desportos (CEFID), no Programa de Reabilitação Cardíaca da Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC. O Programa de Reabilitação desenvolve atividades desde 1993, embora os arquivos mostrem os registros a partir de 1996. O desenvolvimento de suas atividades se baseia no “tripé:” exercício físico programado individualmente; orientação nutricional; e técnicas de controle do estresse aos portadores de doença coronariana aterosclerótica, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica e obesidade.

Trata-se de um processo educativo que visa à promoção de hábitos de vida que aprimorem a saúde e a qualidade de vida dos participantes. Inicialmente, a proposta era de avaliar e orientar indivíduos aparentemente saudáveis, com vistas à adoção de um estilo saudável, mas em função da demanda, hoje se restringe ao atendimento de pessoas com problemas coronarianos.

O núcleo de cardiologia e medicina do esporte foi idealizado pelo médico cardiologista Tales de Carvalho, em 1992, com intuito de atender à grande demanda

de pacientes com problemas cardiovasculares. Seu objetivo está sendo alcançado, mesmo com algumas dificuldades, e, hoje, atende em média a 150 pacientes/ mês.

No Centro de Educação Física e Desportos, a partir do Núcleo de Cardiologia e Medicina do Exercício, ocorre uma sistemática avaliação fisiológica, com vistas à prescrição individualizada de exercício e detecção de problemas que exijam alguma orientação particular para a prática de exercícios físicos. Tal prática ocorre para grupos especiais, como é o caso dos pacientes do Programa de Reabilitação Cardiovascular, já tendo atendido em torno de 3500 pacientes, desde sua implantação. Atualmente, estão atendendo em torno de 170 pacientes/ mês e 2.000 cadastrados nas consultas de campo.

Fazem parte do Projeto do Núcleo Profissional: professores de educação física, médico, enfermeira, psicóloga e monitores de educação física e fisioterapia. Os pacientes são encaminhados pelos médicos, geralmente cardiologistas do hospital Regional de São José, e também, por adesão voluntária, uma vez que se trata de programa aberto à população da Universidade.

2.3 Processo de seleção das participantes de pesquisa.

A investigação, conforme quadro I, abaixo, foi realizada inicialmente com 1.460 pacientes que foram atendidos no Programa de Reabilitação Cardíaca no período de 1996 a 2003. Destes, 844 eram homens e 616 mulheres. Uma vez que o objetivo da pesquisa é “compreender a percepção das mulheres sobre o infarto agudo do miocárdio”, ela foi direcionada para as 616 mulheres participantes do programa.

Uma vez definida a população das 616 mulheres cadastradas no serviço, passamos para a etapa seguinte. Busca no banco de dados, isto é, nos prontuários;

destas 616, 125 mulheres tiveram doenças coronarianas, sendo que 27 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.

Das 27 mulheres que tiveram infarto do miocárdio, 13 delas encontravam-se na faixa etária de até 50 anos, idade definida para esta pesquisa. No entanto, destas 13 mulheres, cinco foram entrevistadas e 08 não fizeram parte do estudo, uma vez que não foram encontrados dados suficientes nos arquivos do programa, como endereço atualizado e ou telefone para contato.

Ficaram definidas as mulheres que seriam participantes da pesquisa: 5 mulheres com menos de 50 anos de idade, participantes, ou que foram atendidas no Programa de Reabilitação Cardíaca da UDESC, no período entre 1996 a 2003.

Quadro 1 - Número de pacientes que foram selecionados para a pesquisa no Programa de Reabilitação Cardíaca – UDESC. De 1996 a 2003

Total de pacientes	1.460
Total de homens_____	844
Total de mulheres_____	616
Mulheres com doença coronariana_____	125
Mulheres com infarto_____	27
Mulheres com infarto antes dos 50 anos de idade_____	13
Mulheres contatadas para participarem da pesquisa_____	06
Mulheres que aceitaram participar_____	05

2.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada (anexo 01). De acordo com Minayo (1998), a entrevista semi-estruturada permite que os participantes da pesquisa abordem livremente o tema proposto, possibilitando interação entre entrevistadora e entrevistados.

O contato inicial se deu por telefone para que a entrevista fosse marcada no lugar mais tranquilo possível, para que não houvesse interferência externa nas respostas. Quatro mulheres decidiram responder às perguntas em sua casa, que segundo elas, ficariam mais à vontade para responder. Apenas uma delas preferiu no seu local de trabalho, por ser mais central, uma vez que mora em bairro distante.

As entrevistas duraram em torno de uma (1) hora, e não houve nenhum tipo de interrupção.

Durante a coleta dos dados, as mulheres expressaram seus sentimentos, preocupações e expectativas. As entrevistas foram transcritas na íntegra e procurou-se respeitar os valores e a cultura das participantes, tentando estimular o fluxo natural das informações.

Para garantir o anonimato e privacidade das mulheres, foram utilizados codinomes nos relatos das entrevistas: nomes de cores como: azul, sépia, magenta, rosa e vermelho. A escolha das cores foi baseada na cromoterapia, que diz ser a frequência vibratória de determinadas cores que age de forma harmonizante sobre um indivíduo (DELBONI,1997).

2.4.1 Significado dos pseudônimos: cores²

VERMELHO: É vitalizante e ajuda a despertar nossas energias vitais (agressividade, amor). Age sobre os desequilíbrios sanguíneos em que o espírito deve enfrentar provas em curto prazo. Usada em excesso, estimula a raiva e a agressividade.

² Nota: O significado vem do livro *Vencendo o Stress* (DELBONI 1997), e se tornou interessante como pseudônimo pela semelhança das definições com as mulheres pesquisadas

ROSA: Toca o coração para abri-lo, trazendo leveza e suavidade. Atua em distúrbios cardíacos e sanguíneos. Traz conforto e aconchego à alma. Ensina o amor incondicional e a fraternidade entre os seres. Usada em excesso pode levar a um comportamento infantilizado.

AZUL: Possibilita maior tranquilidade e quietude interior. Tem a qualidade da devoção e permite maior relação com nosso “Eu Superior”. Ativa a capacidade intelectual dos indivíduos. Auxilia a comunicação. Traz compaixão e a intuição. Auxilia nos processos depressivos. Em excesso pode causar sonolência.

MAGENTA: Harmoniza as emoções, atuando sobre o sistema cardíaco. Auxilia a diurese. Traz vitalidade ao corpo etérico.

SÉPIA: Liberta o indivíduo do apego aos pequenos detalhes. Liberdade de ser. Reconecta o corpo físico com as energias telúricas que irão reenergizar todo o organismo. Usado em excesso, estimula a crítica.

2.5 As questões éticas

As questões éticas foram consideradas em todas as etapas do estudo, especialmente nas relações com os entrevistados. Foi solicitado o “consentimento informado” da instituição onde foi desenvolvida a pesquisa, encaminhado-se o projeto para a Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, e após sua aprovação, iniciou-se a pesquisa de campo.

Foi assegurada a garantia da privacidade daqueles que participaram da pesquisa na condição de informantes, firmando documento de “consentimento

informado”, tendo sido respeitado o direito de participar, bem como o de interromper a sua participação na pesquisa, a qualquer momento.

Como ainda, dentro dos princípios éticos de pesquisa precisamos garantir o anonimato das mulheres entrevistadas, para tanto, a identificação delas foi realizada usando nomes de cores.

C

APÍTULO 3 - MOMENTOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo realizou-se em três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

3.1 Pré-Análise

Trata-se do momento em que começamos a organizar o material, as entrevistas foram ouvidas e transcritas na íntegra. Uma vez transcritas, as entrevistas passam a constituir o que chamamos de Corpus da pesquisa. O primeiro contato com os documentos se constitui no que Bardin (1979, p.96) chama de “leitura flutuante”. Através da leitura flutuante, começou a emergir as categorias a partir dos objetivos da pesquisa.

3.2 Exploração do material

Esta foi a etapa mais longa e produtiva onde se deu as decisões tomadas na pré-análise. Neste momento foi definida a codificação que de acordo com Bardin (1979) compreendeu três etapas:

- a) escolha de unidades de registro (recorte)
- b) seleção de regras de contagem (enumeração) e

c) escolha de categorias (classificação e agregação).

Nesta etapa, cada entrevista foi lida e relida para encontrar-se os elementos necessários à pesquisa. A exploração do material é o momento de organizar a codificação.

A codificação segundo Bardin (1979, p.103):

corresponde a uma transformação, efetuada segundo regras precisas, dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enunciação, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer ao analista acerca das características do texto.

3.2.1 O recorte: unidades de registro

Nesta etapa, houve necessidade de escolher-se as unidades de análise. A unidade de registro pode ser uma tema, uma palavra ou frase. De acordo com Bardin (1979), tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

Agrupou-se as unidades de registro (o recorte) em quadros. Cada quadro correspondia a uma pergunta do questionário semi-estruturado e as respostas foram sendo agrupadas, segundo a análise de conteúdo, por “co-ocorrência”.

3.2.2 Seleção de regras de contagem

A co-ocorrência é a presença simultânea de duas ou mais unidades de registro. Este fato nos mostra a distribuição dos elementos e sua associação. Então, à medida que encontrava duas ou mais unidades de registro se repetindo nas

respostas das mulheres entrevistadas, imediatamente preenchiam-se os quadros de resposta.

3.2.3 Escolha das categorias

A categoria é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. As categorias são reflexos da realidade, sendo sínteses em determinado momento do saber. Por isso, se modificam constantemente, assim como a realidade (BARDIN,1979).

Assim que os conteúdos foram sendo explorados, algumas categorias foram surgindo, na medida em que se fez a classificação dos elementos, impondo certa organização às mensagens dadas pelas mulheres em suas respostas.

Para organizar-se os conteúdos e se classificar os elementos, foi utilizada uma planilha com perguntas das entrevistas separadas em quadros, destacando-se os elementos por temas.

Comparando-se as respostas em cada quadro, os termos que mais se repetiram foram chamados de categorias (Anexo III).

Com a repetição das respostas, ou co-ocorrência, em todas as entrevistas, as semelhanças encontradas no modo de vida destas mulheres foram relatadas. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns (BARDIN,1979). As categorias foram evidenciadas indo-se ao encontro do referencial teórico escolhido.

Sendo assim, evidenciou-se três categorias:

- Categoria 1 – Infarto;

- Categoria 2 –Trabalho;
- Categoria 3 – Estresse.

3.3 Tratamento dos resultados

O comando da vida física e modulação do comportamento humano estão centralizados no cérebro, porém é o coração que simboliza o sentimento humano, e por conseqüência as afecções cardíacas passam a exercer um grande impacto sobre os sentimentos e comportamentos humanos. (OLIVEIRA; LUZ, 1992).

Para que refletir-se sobre as questões que envolvem o processo saúde e doença, são necessários além do conhecimento científico, a identificação da população pesquisada. Para tanto, procurou-se evidenciar a situação em que estas mulheres se encontram no que diz respeito ao seu modo de vida. Inicialmente, identificou-se a escolaridade, profissão, família, salário. Em seguida, descreveu-se individualmente com informações sobre idade, atividade profissional e modo de vida. Finalmente, a percepção da pesquisadora se materializa no momento em que as categorias foram sendo evidenciadas, à medida em que se fazia a releitura das entrevistas, seguindo a metodologia proposta; de acordo com a co- ocorrência foram definidas as categorias : infarto, trabalho e estresse.

3.3.1 Identificando as Mulheres

Das cinco mulheres que participaram da pesquisa, Azul, Magenta, e Rosa tinham ensino médio completo, Sépia ensino médio incompleto e Vermelho, ensino superior incompleto. Em relação à situação financeira, Rosa e Magenta recebem de 1 a 5 salários mínimos, Sépia de 5 a 10 e Azul e Vermelho de 10 a 15 salários.

Entre as mulheres entrevistadas, Azul e Vermelha são separadas, e Sépia, Rosa e Magenta são casadas. Em relação a filhos, as cinco têm filhos, sendo que, Sépia, tem 3 filhos adotivos, Magenta, 2 filhos, sendo um adotivo; Vermelho tem 4 filhos, um portador de deficiência, e, Azul uma têm 1 e Rosa 2 filhos.

Quanto à profissão, Azul e Magenta são enfermeiras. Rosa é técnica em contabilidade. Sépia bordadeira e Vermelho secretária. Das cinco, Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho estão afastadas de suas atividades devido o infarto do miocárdio, Azul continuou trabalhando, embora tenha ficado 1 ano afastada de suas funções devido ao infarto.

Azul e Vermelho provém o sustento da casa praticamente sozinhas, contando como complemento financeiro a pensão dos ex-maridos. Sépia, Magenta e Rosa estão tendo dificuldades financeiras, uma vez que depois da doença, só recebem o benefício, que como elas dizem, não é suficiente. Antes do infarto eram responsáveis pela metade do sustento da família. De acordo com depoimentos, algumas vezes, os maridos ficaram desempregados e elas mantinham as despesas da casa.

Conhecer o perfil das mulheres que tiveram o infarto antes dos 50 anos contribui para que se possa compreender a percepção do infarto para estas mulheres.

3 3.2 Descrição Individual

Azul : A primeira mulher a ser apresentada está representada pela cor “Azul”, de profissão enfermeira, 41 anos de idade. Quanto à escolaridade, tem ensino médio completo. É separada, tem dois filhos. Contribui com metade das despesas

familiares. Considerava-se uma pessoa estressada, tendo temperamento agitado, segundo “Azul”, não lhe permitia uma observação clara de como sua saúde precisava de mais atenção e cuidado. A ausência de sintomas para doença coronariana lhe causou surpresa ao ter enfartado.

Alguns fatores de risco para doença coronariana foram despercebidos por “Azul”. Como por exemplo, o cigarro, a bebida e a falta de cuidado com a alimentação. O corre-corre do dia-a-dia lhe causava muito estresse, pois estava sempre correndo contra o relógio, mas mesmo assim, não sentia nenhum tipo de desconforto a não ser o cansaço. Na opinião do médico, a principal causa do infarto foi o estresse e o cigarro. Teve infarto do miocárdio aos 39 anos.

Após o infarto, mudou hábitos alimentares, parou de beber e de fumar. A doença interferiu na sua vida profissional, uma vez que teve que ser transferida de setor, do centro cirúrgico para o almoxarifado central do hospital até sua recuperação. Houve medo e insegurança logo após o infarto, mas, de acordo com “Azul”, foi adquirindo segurança à medida em que se recuperava, e só então, retornou a sua função.

MAGENTA: Profissão enfermeira, quarenta e nove anos de idade. Com escolaridade de ensino médio completo. Casada, tem uma filha que lhe causa preocupação depois de ter tido o infarto; segundo “Magenta” tem medo de não ver sua filha crescer... Com dois filhos, uma menina e um menino mais velho.

Considerava-se estressada. Tinha colesterol alto, fumava e comia “de tudo”, segundo seu relato. De acordo com o médico, a principal causa associada ao infarto foi o cigarro e o colesterol alto.

Em relação à profissão, está afastada desde o infarto e relatou que não volta a trabalhar porque sente medo de tudo, tornou-se uma mulher insegura: “Eu tenho

um medo danado”; e também fez um comentário sobre a mudança de vida: “Eu saio do emprego, mas não volto, só medo, só medo”.

Teve infarto do miocárdio aos 47 anos.

Depois do infarto, resolveu participar do programa de reabilitação da UDESC, porém, a distância foi uma das dificuldades encontradas por ela para continuar. Nunca praticou atividade física regular, e agora depois do infarto, acredita que as três vezes que saiu de casa para ir até outra quadra buscar a filha na escola é o suficiente.

SÉPIA: Trabalhadora da indústria, 48 anos, revisora de bordado, ensino médio incompleto. Casada, com três filhos adotivos; sua opção pela adoção se deu pela perda involuntária de três gestações que levou até aos nove meses quando jovem, e, que segundo a entrevistada, foi devido a sua diabetes.

Em relação aos fatores de risco, tinha colesterol alto, triglicerídeos, diabetes, e hipertensão. Além desses fatores que já são conhecidos como desencadeadores de problemas cardíacos, é também coagulante lúpico positivo.

Diferente das demais entrevistadas, afirmou não ser estressada, e, de acordo com suas respostas, sempre mostrou ter atitude positiva diante das dificuldades. A mudança com a vida profissional foi a aposentadoria.

ROSA: Trabalhava como técnica em contabilidade, 43 anos. Escolaridade com ensino superior incompleto. Casada, com dois filhos, o marido ajuda nas despesas que, antes do infarto, era praticamente exclusividade sua. Técnica em contabilidade, trabalhava com mais de 500 empresas, o que lhe causava estresse, devido a responsabilidade atribuída à sua função.

Teve infarto aos 40 anos.

De acordo com a opinião do médico, o estresse foi um fator de risco importante para o desencadeamento da doença, sendo que não havia nenhum outro fator de risco, colesterol normal, triglicerídios, não fumava e cuidava da alimentação.

Hoje se considera uma pessoa estressada, enquanto que antes do infarto... “Eu achava que ia levando uma vida normal... não percebia que às 10 horas de trabalho diário, mais o trabalho de dona de casa estava me causando estresse”.

Depois do infarto, em seu relato, a relação com a profissão ficou comprometida. A vida profissional ficou restrita ao serviço doméstico, pois recebeu aposentadoria por invalidez devido ao infarto, e, segundo “Rosa”, não teve mais vida profissional.

VERMELHO: Secretária de Órgão Estadual, aos 56 anos está aposentada. Com escolaridade de ensino médio completo. Fumante desde os 15 anos de idade. Divorciada, 4 filhos, sendo um deles portador de necessidades especiais, devido à lesão cerebral por problemas no parto, hoje tem 27 anos. Sua situação financeira é precária, apesar de ter salário acima da média, devido aos altos custos de medicamentos e tratamento periódico a que seu filho é submetido.

Teve infarto agudo do miocárdio aos 45 anos.

Quando perguntei sobre fatores de risco, falou sobre o cigarro e também sobre o casamento. “Casei mal na realidade! Sofri muito e aí comecei a fumar mais e mais” Na opinião médica, os principais fatores foram o estresse e o cigarro.

A mudança profissional se deu pela aposentadoria precoce, depois do infarto aos 45 anos, foi tendo licença de saúde consecutiva até aposentar-se. Percebi que seu dia-a-dia depois do infarto é muito difícil, pois, está aposentada e seu salário de acordo com o relato, não é suficiente para cobrir suas despesas. O gasto com remédios para o seu filho que tem necessidades especiais, e os gastos com o outro

filho que é adolescente, deixa Vermelho numa situação financeira muito difícil. No seu relato diz estar com muitas dívidas, porque vai fazendo empréstimos financeiros à medida que necessita; isto lhe causa muito estresse e ansiedade, o que segundo ela é um dos motivos que a levava ao hospital, várias vezes, com sintomas de um reinfarto.

C

APÍTULO 4 - AS CATEGORIAS

Ao evidenciar-se uma categoria nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que as unifique. Durante a exploração do material, e mesmo, na releitura das entrevistas, as questões relacionadas à definição da doença, trabalho e estresse foram destacadas. As semelhanças foram se manifestando nos relatos, à medida em que percebeu-se nas mulheres os mesmos anseios e angústias sobre as categorias encontradas: o infarto, o estresse e trabalho. A presença da família foi também uma constante, embora não forte o suficiente para se tornar uma categoria. Inicialmente, as categorias definidas foram Trabalho, Estresse e em seguida foi evidenciada a categoria Infarto.

A categoria Estresse tornou-se fundamental nesta pesquisa, porque além de estar de acordo com o referencial teórico, foi mencionada e caracterizada pelas mulheres entrevistadas indiretamente, como coadjuvante no processo de adoecer, principalmente em relação ao estresse gerado pelo trabalho.

Segundo França e Rodrigues (1997), o estresse relacionado com o trabalho é definido como as situações em que o indivíduo percebe seu ambiente de trabalho como uma ameaça às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou sua saúde física e mental, prejudicando assim sua interação com o trabalho e com o ambiente profissional, na medida em que este ambiente contenha demandas excessivas, ou que ele não possua recursos adequados para enfrentar tais situações.

Talvez, sem uma compreensão muito clara do que é o estresse, todas as mulheres relataram um cotidiano difícil e agitado devido à jornada dupla de trabalho. As unidades de registro que tiveram co-ocorrências em todas as entrevistas foram estresse, trabalho e infarto.

4.1 Categoria Infarto

O infarto agudo do miocárdio tem sido uma preocupação para os profissionais da saúde. Em relação aos índices de mortalidade por doença isquêmica do coração, Passos et al. (1998), têm apontado que as mulheres apresentam índices maiores de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) do que os homens.

Em uma comparação entre homens jovens e mulheres com infarto agudo do miocárdio, Conti et al.(2002), demonstra que o tempo de intervalo entre os sintomas e a busca do tratamento nas mulheres é mais longo do que comparado aos homens. Esta questão pode estar ligada ao fato de que, a doença coronariana ainda parece ser doença exclusiva dos homens.

De acordo com Albuquerque (1998), em Recife foram identificados 1013 óbitos de mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos e que no grupo de 40 a 49 anos, as doenças do aparelho circulatório aumentaram genericamente a mortalidade.

O infarto é sem dúvida um problema de saúde pública. Os sintomas da doença nas mulheres são semelhantes aos dos homens, apesar de muitas vezes serem confundidos com sintomas relacionados às emoções.

As falas a seguir demonstram como as mulheres que fizeram parte do estudo perceberam e descreveram os sintomas do infarto ocorrido.

Infarto pra mim, é uma dor aguda muito forte, intensa que eu sinto assim como se tivesse um engurgitamento nas veias, principalmente na parte do tórax” azul.

Os sintomas percebidos por Azul, foram idênticos aos sintomas de Sépia, Magenta, Rosa, Vermelho, porém, o modo como ela descreveu, demonstrou a influência do conhecimento profissional como enfermeira, utilizando uma linguagem mais técnica. Que segundo Magenta, infarto é:

“Uma dor horrível, não sabe o que é, eu não sei como definir o infarto porque era uma dor do estômago, veio do estômago, ah... não sabia mesmo! Sabia que era uma dor diferente, que eu nunca tinha sentido; ah... eu fico assim porque eu me lembro do dia , e foi horrível” (Magenta)

No relato de Sépia, notou-se uma influência do censo comum na sua definição sobre o coração e seus atributos simbólicos, pois na sua compreensão, antes de ter o infarto acreditava que o coração “não dói”:

“Ah! Pra mim foi assim, ele dava uma dor sufocante e tinha um ardume muito forte, e é um ardume com sufoco junto! E a dor não dava assim de saber o local certo, porque pegava, diz assim, que achava que coração não dói, mas não é! Mas é um ardume bem forte com a dor junto e uma falta de ar” (Sépia)

Alguns debates científicos como o simpósio “Coração e Mulher”, realizado em São Paulo, apontaram evidências de que as mulheres no Brasil infartam em faixas etárias mais jovens se comparadas a alguns países com nível de desenvolvimento sócio-econômico semelhante ao nosso, este debate vai de encontro ao resultado encontrado por Chor et al. (1999), onde verificou-se que no grupo etário mais jovem (entre 35 e 44 anos). No Brasil, o risco de morte por infarto agudo do miocárdio foi cerca de três vezes maior para homens e quatro vezes maior para mulheres do que nos EUA.

Normalmente a coronariopatia ou o Infarto do Miocárdio representa uma séria ameaça de perda: perda da vida, dos familiares, do poder social e econômico. Não obstante, tais sentimentos são acompanhados de ansiedade, medo, culpa ou raiva, conforme a personalidade ou a história de vida. Nos relatos de Rosa e Vermelho percebeu-se o sentimento de medo de que ocorra novamente a doença e a constatação da dor acompanhada da descrição dos sintomas do infarto.

“Ah, eu senti uma dor forte no peito... não gosto nem de me lembrar. Tenho maior medo de sentir esta dor de novo” (Rosa).

Torna-se então importante considerar alguns aspectos nos estudos dos fatores psicossociais relacionados à doença coronariana e o modo pelo qual o coronariano vive sua doença, ou seja, o significado dado à doença. Percebemos o interesse de Vermelho pela questão técnica do infarto, porém, os sintomas descritos são semelhantes ao das outras entrevistadas.

As falas de Rosa e Vermelho vão ao encontro do que afirma Sousa (1992), as palavras que saem dos doentes são, além da queixa, uma teia de significações, pedidos, desejos. Por isso mesmo, é que saem como palavras imaginárias da dor vivida.

Quando se buscou investigar as razões que podem ter levado ao infarto, as mulheres revelaram que, em geral, tinham conhecimento sobre alguns fatores de risco, embora suas falas repetissem as explicações e orientações médicas, não sendo totalmente reconhecidos e aceitos por elas como a causa principal. Os relatos a seguir evidenciam esta afirmação.

[...] sei lá, ...alguém diz que é por causa do cigarro! Colesterol alto eu não tinha, mas tinha obesidade, bebia também, fumava bastante, o estresse, comia toda e qualquer tipo de comida, eu acho que contribuiu [...](Magenta)

[.....] Olha, eu até hoje, eu não consigo nem aceitar que tive infarto. Quanto mais assim um motivo né, o médico diz que é estresse, que foi estresse...que eu queria carregar o mundo nas costas, e aí acabou me sobrecarregando. É, eu acho que é né, é o que “ele” diz.[...] (Vermelho)

Os relatos de Magenta e Vermelho vão ao encontro do que afirma Dejours (1986), a instabilidade na saúde pode estar ligada a experiências que temos no dia-a-dia. Estas experiências podem ser fisiológicas, mentais e psíquicas e também sociais. Dentro dessas experiências fisiológicas, os fatores de risco como colesterol, diabetes, obesidade, entre outros, sem dúvida podem desencadear a doença, porém não se pode excluir os fatores psíquicos e sociais.

Uma vez o infarto tendo ocorrido com mulheres jovens, que até então não seriam consideradas de risco para doenças cardiovasculares, surge de forma tão surpreendente para elas quanto para seus médicos.

As explicações para o evento cardíaco, na percepção das mulheres, são baseadas no senso comum como descreve Azul , que foi pega de surpresa, o mesmo ocorreu com Vermelho, pois não se consideravam inseridas no grupo chamado de risco para doenças coronarianas. Uma vez que por questões hormonais a presença do estrogênio servia como protetor biológico. Embora existam dúvidas e questionamentos, o que se sabe com certeza é que a terapêutica de reposição hormonal (TRH) reduz de 1,4% para 0,5% o risco de desenvolvimento de doença cardiovascular e que se a diferença na incidência de coronariopatia entre homens e mulheres na pré-menopausa é de 3 para 1, esta mesma taxa evolui até 1 para 1 quando a mulher está na menopausa.

Na discussão do Simpósio do Coração da Mulher, sugeriu-se dar maior importância à perimenopausa, e talvez conduzir os testes diagnósticos na investigação coronariana de forma diferenciada no sexo masculino e feminino e

acima de tudo, aprofundar as pesquisas sobre esses assuntos, incluindo sempre as mulheres na peri e pós-menopausa nos grandes estudos da especialidade.

O desequilíbrio hormonal que ocorre na menopausa é outro fator que pesa contra elas, além da alta ingestão de calorias, que também explica o aumento das taxas de gordura dos jovens (INCOR, 2003). De acordo com o relato de Azul, sua alimentação não era adequada:

(.....) Porque eu não me cuidava, era gordura em cima de gordura, fritura, e até no dia que eu infartei eu comi uma feijoada. Daí me senti mal, fui pro hospital, uma dor no estômago, eu pensava que era dor no estômago, cheguei lá era infarto!(Azul)

Nas declarações sobre o que poderia ter causado o infarto, evidenciou-se que mesmo sendo esclarecidas sobre a importância de uma vida saudável para o bom funcionamento do sistema cardiovascular, as mulheres pareciam transportar o ônus da doença para uma outra realidade. Como se elas, pelo fato de serem mulheres jovens, poderiam estar fora do grupo de risco. A nutrição adequada e exercícios na prevenção e controle das doenças cardiovasculares, de acordo com Rique et al. (2002), destacam a importância das práticas educativas implementadas por equipes multidisciplinares, que conscientizem a população da importância de hábitos alimentares saudáveis e da atividade física regular, que devem ser componentes prioritários nas estratégias de Saúde Pública, a fim de deter o avanço das doenças cardiovasculares. No relato de Azul, percebeu-se a falta de consciência sobre os riscos:

[...] Colesterol alto eu não tinha,mas tinha obesidade,bebia também, fumava bastante, era estressada e comia todo e qualquer tipo de comida, eu acho que isso contribui bastante; mas o médico disse que foi o cigarro.!!(Azul)

A partir da fala de azul, percebeu-se que tem determinado a razão da doença foi o médico, apesar da paciente ter consciência de todos os outros fatores de risco

que possuía. Estes outros fatores passaram a ter um peso menor, uma vez que o médico apontou apenas um fator, como se a partir deste fator de risco - o tabagismo - todos os outros fossem excluídos.

Em estudos recentes, os fatores de risco mais evidentes no panorama da saúde cardiovascular no Brasil são: tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus, obesidade e dislipidemias (SANTOS et al 2001).

Outros fatores de risco vêm sendo investigados por sua correlação com as doenças cardiovasculares, como: concentração sanguínea de homocisteína e de lipoproteína A, fibrogênio, período pós-menopausa, estresse oxidativo da LDL-c, hipertrofia ventricular esquerda e fatores psicossociais. No entanto, a modificação através de intervenções no estilo de vida requer maiores estudos (GORDON,1998).

As doenças cardiovasculares são multicausais, vários fatores podem contribuir para o seu aparecimento. Por exemplo, Alfieri e Duarte (1993), se referem ao aumento do risco para doenças cardiovasculares em indivíduos com intolerância à glicose (diabetes). Também a idade e sexo são considerados fatores de risco para doenças coronarianas. Outro fator de risco conhecido hoje é o sedentarismo.

Em relação ao exercício físico, percebemos que as mulheres entrevistadas não tinham o hábito da prática de exercícios, somente após o evento cardíaco que passaram a dar importância a esta atividade. Ainda que o sedentarismo não tenha sido estratificado no panorama nacional, há algum tempo ele vem sendo mencionado por diversos autores como um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (SANTOS et al., 2001). O exercício físico é reconhecido na fala de Vermelho, quando ela percebe sua importância:

[...] na reabilitação cardíaca....recomecei dando uns passos para depois caminhar, devagarzinho assim foi indo e foi um progresso muito grande depois de um ano, por exemplo, eu já dava troteadas... muitos remédios foram eliminados em função do coração ter melhorado e eu devo essa minha melhora exclusivamente ao programa de reabilitação...(Vermelho)

Segundo Astrand (apud VASSALO; LIMA,1993), com a progressão do exercício, observa-se uma elevação simultânea da frequência cardíaca e do volume sistólico para o aumento do débito cardíaco, que irá proporcionar maior volume de sangue irrigando a musculatura em movimento e conseqüente aumento da captação periférica de oxigênio. O que representa uma melhora significativa na condição física e sustenta o relato acima .

A importância da prática da atividade física, tanto na prevenção como na reabilitação de doenças cardiovasculares, é benéfica do ponto de vista fisiológico de acordo com a literatura, e também pode servir como fonte de prazer reduzindo os níveis de estresse negativo, o que no caso de mulheres jovens, pode ser muito útil como abordagem terapêutica.

Na categoria infarto, a insegurança também teve importância, devido aos depoimentos sobre o esgotamento emocional causado pelo infarto.

A dificuldade em lidar com as perdas faz com que as pessoas se fechem em si mesmas, como se isso as impedisse de perder mais alguma coisa. Nesse processo, ficam tão autocentradas, envolvidas em sua própria dor que se desconectam da vida se autoconsumindo. Pensam e respiram a perda; algumas vezes falam do fato sem parar. A cada lembrança do ocorrido aumentam drasticamente a tensão, até se darem conta do estado desgastante em que se encontram. No entanto, as perdas nem sempre se encontram relacionadas com pessoas, e sim às mudanças (DELBONI,1997).

“Coisa ruim mesmo, eu fico até emocionada quando eu falo nisso, ah... eu acho que devia dar e sei lá, eu tive a oportunidade de ir a médico, na hora foram 10 minutos daqui no hospital , mas, eu acho que não tem condições morre mesmo!”(Magenta)

Em relação aos sintomas percebidos pelas mulheres, todas definiram o infarto como uma dor aguda muito forte. Ao analisar os depoimentos, percebeu-se que esta dor aguda, no caso destas mulheres, foi o único sintoma que as fez perceber que estavam infartando. Nenhuma das entrevistadas relatou algum tipo de sintoma anterior que pudesse levar a um diagnóstico precoce. Todas foram surpreendidas pelo infarto. As expressões usadas para definir os sintomas variaram de acordo com o grau de conhecimento sobre a doença. Por exemplo, no relato das mulheres que tinham atividade na área da saúde (enfermeiras), a linguagem técnica se evidenciou. Nos demais relatos, as expressões representaram mais o sentimento percebido naquele momento: *“Eu acho que infarto... no dia do infarto eu tive uma dor aguda no peito que, isso queria dizer que um trombo estava obstruindo uma artéria, e essa falta de oxigenação que aconteceu no coração, aconteceu a necrose de um pedaço do coração e infarto então é falta de oxigenação numa parte do coração.! Que no meu caso foi a parte inferior”* Vermelho

O coração é ainda um órgão repleto de significações, simbolicamente é considerado o centro da vida e guardião das emoções. Por isso, quando se fala em doença do coração, principalmente infarto na mulher, onde esse simbolismo é bem presente, há necessidade de tentar compreender os significados que podem estar por trás das falas; a percepção individual sobre estas questões.

4.2 Categoria – O trabalho

Independentemente do modelo ou da filosofia de mudança adotada, sentimentos e emoções estarão permeando as relações de trabalho. Administrar de forma efetiva o medo e a raiva é o primeiro passo derivado do amor.” Edina de Paula Bom Sucesso (para a melhoria de qualidade de vida. Viver com qualidade em seu significado pleno requer mais do que superar a hostilidade e a intimidação: requer parceria, cooperação, polidez e respeito, virtudes 1999)

O termo trabalho é derivado do latim “tripaliare” que significa tortura com tripalium – instrumento de tortura com três estacas. A palavra trabalho vem sendo analisada como uma forma de alienação, de tarefas árduas, de coerções. Enfim, numa conotação negativa (MENDES, 2002). No entanto, dentro de uma visão positiva, pode-se dizer que o trabalho promove a realização da pessoa, a construção da cultura e a solidariedade entre os homens (COTRIM,1993).

Nas últimas três décadas tem sido crescente a participação das mulheres no mercado de trabalho mundial e, no Brasil, não tem sido diferente (BORGES; GUIMARÃES, 2000). As mulheres participantes da pesquisa trabalhavam fora do lar, em funções que lhes exigiam tempo e envolvimento profissional. Após o infarto, de acordo com os relatos, evidenciou-se baixa auto-estima e desmotivação como efeito conseqüente da doença.

De acordo com Codo e Menezes (1999), o trabalhador pode perder o sentido da sua relação com o trabalho. A manifestação desta desistência pode ser confirmada pela queda da auto-estima do trabalhador, esgotamento emocional, conduta inadequada frente à sua clientela (irritação, descaso, cinismo e distanciamento) diminuição da produtividade e da auto-realização no trabalho, problemas psicossomáticos e absenteísmo. O relato de Azul, a seguir, vai ao encontro da afirmação, uma vez que houve diminuição da produtividade e esgotamento emocional, o qual fez com que mudasse de setor:

“ Tive que ficar mais no sedentarismo, tive que mudar de setor, pois não me sentia segura no que eu fazia. Fui pro almoxarifado por dois anos. Agora é que voltei pro meu setor.”(Azul).

De acordo com Mendes (2002), no estudo sobre as psicossomatizações do envolvimento emocional no trabalho de um grupo de enfermeiras, constatou-se uma

exacerbação nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, na busca de uma melhor adaptação e ajuste às pressões internas e externas, decorrentes do processo produtivo de melhor atender às necessidades humanas do cliente / paciente atendido, sem, contudo, atentar para os processos de aflições contidas no âmago profissional. Estas pressões podem gerar um estado de angústia e insatisfação, como demonstrado no relato de Magenta:

“Eu fico angustiada de ver, às vezes, as pessoas no corredor e não ter leito; e eu não posso ajudar! Isso me causa estresse.”

O saber lidar com as emoções passa a ser um ponto primordial na reabilitação dessas mulheres. A depressão e medo, gerados após o evento cardíaco, tornam-se obstáculos importantes para a adaptação no mercado de trabalho e, conseqüentemente, têm um efeito negativo no contexto social em que estão inseridas, conforme percebeu-se no relato de Magenta:

“Em função da doença eu tenho medo! Medo de sair sozinha; mas o médico falou pro meu marido que podia vir uma depressão forte! Muda tudo! Só de pensar em trabalhar de novo me dá pânico, eu nunca mais vou voltar!!!”(Magenta)

De acordo com os resultados do estudo realizado por Spíndola et al. (2003), sobre mulher e trabalho, afirmaram que a profissão interfere na vida da mulher, especialmente pelo tipo de atividade que realiza e, em muitas situações, provoca mudança significativa na rotina familiar. A dupla jornada, vivenciada pela grande maioria, foi apontada como uma das causas de cansaço e estresse.

Entre as participantes da pesquisa, Azul e Magenta, são enfermeiras. Muitos estudos já vem sendo realizados sobre o processo de trabalho e a saúde na enfermagem, entre eles, Agenta (2001), analisou como o processo de trabalho era

percebido pelos trabalhadores da enfermagem e constatou que gera sofrimento pelas condições de trabalho adversas e pela falta de reconhecimento social, mas também, pode ser uma fonte de prazer aos trabalhadores.

O estresse relacionado com o trabalho é definido como as situações em que o indivíduo percebe seu ambiente de trabalho como uma ameaça às suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou sua saúde física e mental, prejudicando assim sua interação com o trabalho e com o ambiente profissional, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas, ou que ele não possui recursos adequados para enfrentar tais situações (FRANÇA; RODRIGUES 1997). Os relatos de Sépia e Rosa, abaixo, vão de encontro da afirmação:

“Continuei nas atividades que eu faço, dentro daquilo que posso fazer... mas estou aposentada.” (Sépia)

“Faço meu serviço de casa.. entrei em depressão, começo a ficar trêmula e vai dando aquele cansaço, tenho que sentar.” (Rosa)

Segundo Dejours et al. (apud PARAQUAY, 1990) o estresse ocupacional pode ser entendido como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências do trabalho que inclui distúrbios emocionais, tais como: ansiedade, depressão, angústia, etc.

O trabalho, ao mesmo tempo em que é uma conquista, traz para quem trabalha o germe do seu desgaste. O trabalho supõe relações e laços sociais (ARANTES,2002). A partir do que descreve Arantes sobre o trabalho, nos sugere que por si só o trabalho pode gerar conflitos. Quando associado à doença, como no caso das mulheres pesquisadas, o desgaste e as relações sociais podem ficar muito mais comprometidos, como demonstrado no relato de Vermelho, Azul e Sépia:

“Após o infarto, eu tive licença de saúde de 90 dias, depois renovava por mais 90, mais 90 e assim fiquei vários anos até me aposentar. Uma ocasião

tentei voltar a trabalhar, mas não consegui porque os remédios acabam dando tontura. Eu não tinha condição.”(Vermelho)

“Eu era instrumentadora e deixei de ser por dois anos. Trabalhei no almoxarifado central, sentadinha, bonitinha, light mesmo. Tive que ficar no sedentarismo. Essa mudança de setor foi em função do infarto”. (Azul)

“Trabalhava! To encostada, fiquei 11 meses afastada, voltei, trabalhei uma semana, voltei pra perícia estressada... Em função da doença, eu tenho medo de pegar ônibus, sair sozinha. Estou afastada”.(Magenta)

Nas falas das entrevistadas, a relação com o trabalho ficou comprometida, demonstrando ser um obstáculo intransponível a partir do infarto. Dejours, (1987) afirma que o trajeto que vai do trabalhador ao seu comportamento diante do trabalho, pode oscilar entre o prazer e o sofrimento. Ferraz (1998), também fala das relações do homem com o trabalho e os processos de sofrimento desencadeados por ele.

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho tem ocorrido junto com outras transformações da sociedade (MONTAGNER, 2000). Isto faz com que cada vez mais aumente o interesse por estudos referentes à nova situação, principalmente porque o fato das mulheres ingressarem no mercado de trabalho não elimina suas atividades anteriores, o que é considerado como causa de conflitos e problemas, embora a idéia confirmada, muitas vezes, seja de ganhos para as pessoas envolvidas em vários papéis, se estes se apresentarem gratificantes (POSSATTI, 2000). Muitas vezes, este excesso de atividades pode gerar estresse, o que parece nem sempre trazer ganhos para a saúde.

Esta sobrecarga de trabalho ficou bem evidente no relato das mulheres entrevistadas, quando afirmaram que o trabalho, o cuidar da casa, dos filhos, do marido, como se toda a responsabilidade fosse exclusivamente delas. A relação com o trabalho, segundo os relatos das mulheres, era estressante, porém, lhes proporcionava confiança e satisfação. Depois do infarto esta confiança se

transformou em medo e a satisfação em insegurança. A baixa estima gerada pela instabilidade da saúde dessas mulheres, após o infarto, sem dúvida é um dos pontos principais a se considerar na abordagem terapêutica (Reabilitação).

4.3 Categoria – Estresse

O estresse não é considerado uma doença, mas sim uma preparação do organismo para se adaptar a novas situações de vida, sendo que cada pessoa pode reagir a ele de maneira diversa. A partir do momento em que as alterações causadas por estímulos estressantes se prolongarem por muito tempo, podem gerar transformações indesejáveis, levando ao desenvolvimento de algum tipo de patologia (SANTOS, 2001). A busca por uma explicação sobre as implicações do estresse na saúde, geralmente são associadas aos fatores psicossomáticos. De acordo com Bellkiss (1990, p. 30) “as teorias fisiológicas buscam explicação de como se dá o distúrbio psicossomático encarando os seus aspectos fisiológicos.”

Em termos de cardiologia, os estudos sobre estresse que se desenvolveram nesta linha de pensamento são bastante considerados e têm uma importância relevante, no sentido de que o conhecimento das repercussões fisiológicas, a nível cardíaco do estresse (que foram associadas às causas da coronariopatia e hipertensão), abriu caminho para a busca do conhecimento dos aspectos psicológicos envolvidos nessas doenças.

As fontes de estresse passaram a ser categorizadas em internas como é o caso de agentes nocivos, sentimentos ou pensamentos, ou externas, isto é, eventos que independem, muitas vezes, do mundo interno da pessoa, tais como mudança de

chefia, mudanças políticas no país, acidentes e qualquer outra situação que ocorra fora do corpo e da mente da pessoa (LIPP,1996).

A relação com as mulheres entrevistadas está justamente no que diz respeito aos eventos que independem de sua vontade, conforme o relato de Rosa a seguir:

[...] “a luta diária sabe, então sem que tu perceba tu vai tendo que lutar pela vida...se tu não abrir o teu espaço, as pessoas vão passando por cima de ti e tu vai ficando pra trás”. (Rosa)

Os problemas que elas enfrentavam no dia-a-dia do trabalho, da família, os outros problemas relatados, são confirmados pela literatura como fonte de estresse e provável causa do problema cardíaco.

O estudo realizado pelo Department of Health and Human Services (1998), tem apontado que grande número de pacientes com Infarto do Miocárdio sofreram algum transtorno emocional, principalmente de depressão ou ansiedade, o que, segundo o relato das mulheres entrevistadas, realmente pode ter relação. Todas demonstraram algum tipo de angústia relacionado com o trabalho, família, como afirmam nos relatos descritos abaixo:

[...] que eu era assim...corre- corre diário, casa-comida-serviço, então eu era muito estressada”. (Azul)

[...] eu tava trabalhando, já me estressei; já parei, e não vou mais trabalhar”. (Magenta)

Os agentes estressores podem submeter uma pessoa a demandas físicas e psíquicas (NIEMAM,1999). Cada indivíduo reage de forma diferente aos agentes estressores e o tempo de exposição a este agente varia também. À medida em que a pessoa fica exposta pode desencadear a patologia. No caso das mulheres entrevistadas, os agentes estressores mais citados foram relacionados às atividades ligadas ao trabalho.

“[...] Sair eu saio muito pouco mesmo, mas depois do infarto fiquei mais nervosa. Não posso ver ninguém discutir. Pode ser da família, estranho, não ver duas pessoas discutindo que já fico ruim. Eu resolvia tudo pra todo mundo... hoje não consigo nem resolver os meus problemas, não dá mais!! Não é mais a mesma coisa”.[...] (Rosa)

As experiências podem gerar estresse. Segundo Bellkiss (1990), as tensões da vida cotidiana contribuem para o desenvolvimento de doenças físicas agudas e crônicas. Com base nesta afirmativa, se anteriormente ao infarto as experiências e tensões do cotidiano podem gerar estresse, depois do infarto então, a atenção para este problema deve ser redobrada. Segundo o relato:

“[...] Fiquei muito fragilizada! Os filhos em pânico, porque qualquer coisinha eles pensavam que a mãe ia ter alguma coisa. Tinha muitas emergências no hospital, angústia, angina...às vezes era alarme falso, mas eu acabava indo ao hospital. Fiquei com muito medo de sair de casa e procurava ficar deitadinha, achava que estava imprestável, que a minha vida estava liquidada.[...]” (Vermelho)

Os conteúdos denotam que o estresse é sempre entendido como algo negativo, associado, principalmente, às manifestações fisiológicas com algumas referências aos aspectos de ordem psicológica. Estes achados vão ao encontro com o que diz Stacciarini (1999), quando se refere que o estresse é compreendido e pesquisado como algo oriundo de aspectos negativos. A questão é que, nem todos os estressores têm conotação negativa, depende da situação vivida pelo indivíduo.

Os agentes estressores podem ser agrupados de acordo com as situações em que o indivíduo se encontra. Em relação ao trabalho Cooper e Baglione Jr, (1988); Cooper, Sloan, e Williams (1988); Cooper (1993) dividem os estressores, no ambiente de trabalho, em fatores intrínsecos ao trabalho, por exemplo, carga horária. Papéis estressores como grau de responsabilidade; relação interpessoal; desempenho na carreira, insegurança; Interface do trabalho-casa, como dificuldade na administração desses limites.

No caso desta pesquisa, em especial, esta última categoria descrita por Cooper, a interface do trabalho-casa se torna fundamental na investigação, visto que as mulheres entrevistadas estavam todas no mercado de trabalho antes do infarto. Partindo desta constatação e sabendo-se que cada indivíduo responde de forma diferenciada a todos os tipos de agentes estressores, a investigação torna-se uma aliada na compreensão das manifestações de estresse. O mesmo agente estressor pode ser percebido como positivo ou negativo, dependendo da percepção, conforme relatos abaixo:

“Eu mudei porque eu queria viver muito mais. Eu era assim... corre-corre diário, casa-comida-serviço, então era muito estressada nesse aspecto. Hoje eu tenho uma vida equilibrada!!!” (Azul)

“Eu sou estressada!! Eu me incomodo com qualquer coisa...daí ele sai, aí me deixa falando sozinha aí me deixa mais estressada ainda. Eu sou agitada.”(Magenta)

“Não, sou super calma, não me acho estressada.” (Sépia)

“Agora eu considero, né? Eu achava que ia levando uma vida normal, porque eu corria muito, o dia inteiro! Dez onze horas da noite eu tava chegando em casa. O trânsito também me estressava muito.” (Rosa)

“ Me considero, porque estou divorciada há 3 anos e a 10 anos meu marido saiu de casa e estou carregando o piano sozinha. Cuido dos 4 filhos e um é excepcional, que me traz muita preocupação.” (Vermelho)

Das entrevistadas quando indagadas sobre estresse, quatro delas responderam estar submetidas a agentes estressores. Embora tenham consciência de que determinadas situações podem ser estressantes mesmo quando parecem ser normais. Lazarus e Folkman (1984) demonstraram que não são os eventos de vida em si e por si que levam ao estresse patológico. A avaliação que o indivíduo faz das situações porque passa e as diferenças ambientais, orgânicas e psicológicas têm um importante papel mediador.

Segundo Rossi (1994), existem dois tipos de estresse: o negativo (distress), que é causado pelas frustrações e problemas diários, e o positivo (eustress),

causado pelas coisas excitantes que acontecem em nosso cotidiano, como por exemplo, promoção no trabalho, gravidez, compra de uma casa.

Embora estes dois tipos de estresse provoquem reações emocionais completamente diferentes, fisiologicamente as respostas são idênticas. O estresse causa respostas diferentes em cada indivíduo. O que para uma pessoa pode ser um acontecimento devastador, como por exemplo, o divórcio, para outra pode ser uma oportunidade de desenvolvimento. Nossa percepção da realidade é o fator definitivo na determinação do estresse positivo ou negativo; em síntese, a consequência de que cada um de nós experimenta devido ao estresse depende da cor das lentes que usamos para filtrar a realidade a nossa volta. Os relatos de Sépia e Magenta demonstram situações que podem ser consideradas “difíceis”:

“Eu tive 3 abortos espontâneos que levei a gravidez até os nove meses. Infelizmente aconteceu porque sou diabética, mas hoje tenho 3 filhos adotivos que me dão muita alegria”. (Sépia)

“Às vezes eu brigo com meu marido, ele não briga comigo, mas eu brigo com ele, eu incomodo, tudo me incomoda! Eu casei com 42 e ele 60, então já não é um casal normal, é pais avós né! Mas ele é bem calmo, calmo demais, e eu, agitada!” (Magenta)

Quando se fala de trabalho e saúde, alguns autores como Rocha, Ribeiro, Debert (2001) relatam maior frequência de sintomas relacionados ao estresse, maior fadiga física e mental nas mulheres que nos homens. Baseada nos relatos, percebeu-se que esta fadiga física e mental está relacionada com as múltiplas tarefas realizadas pelas mulheres. O relato de Rosa vai ao encontro da afirmação:

“Tinha dias que saía do escritório dez, onze horas da noite! Trabalhava com quinhentas e poucas empresas, então era correria do dia-a-dia. Chegava em casa ia lavar roupa, organizar a casa, almoço pro outro dia, filhos, tinha a neta doente que às vezes eu largava tudo e corria com ela pro hospital. Sabe, aquela vida assim!!” (Rosa)

Talvez as repercussões na saúde possam estar associadas às exigências do trabalho e ao papel da mulher na sociedade. De acordo com os relatos, todas as

mulheres entrevistadas reafirmaram esta definição de que as exigências do trabalho não as poupavam das responsabilidades de mãe: cuidar dos filhos, do marido, dos netos, etc.

As fontes de estresse, em qualquer situação, podem criar demandas de reações de adaptação diante de pressões externas e internas. De acordo com Ballone (2004), se esta situação permanecer, há o aparecimento de doenças graves como gastrite, infarto do miocárdio, hipertensão arterial, câncer, acidente vascular cerebral, depressão e doenças auto-imunes.

A discussão em torno do problema estresse e sua relação com o aumento de risco para doença coronariana, é consenso de muitos autores, embora não se possa medir o grau de estresse que pode desencadear este processo.

*“Tudo me irrita! Daí eu fico com medo da vida, acho que não vou dormir, o que me causa mais estresse é em função da vida financeira, porque o meu marido não paga a pensão, e eu ter esse filho excepcional e tomar muitos remédios, estão caros, eu me preocupo muito com a falta de dinheiro.”
(Vermelho)*

Evidenciamos problemas que podem estar ligados ao estresse gerado após o infarto, pois a patologia já se desenvolveu – por causa ou não do estresse - porém, o indivíduo está mais fragilizado e, conseqüentemente, o estresse pode ter um peso muito maior, negativamente na saúde das mulheres. De acordo com Passos et al. (1999), a mortalidade em mulheres é maior do que nos homens quando se trata do infarto, então não podemos deixar de avaliar, cuidadosamente o processo de reabilitação desta população. A questão do trabalho e a repercussão na saúde da mulher, concordando com a literatura pesquisada, destaca a importância de analisar a interseção entre a esfera produtiva e a doméstica, para avaliar quais situações podem ser mais ou menos positiva/negativa.

C

APÍTULO 5 - DISCUSSÃO

Vários fatores podem interferir no processo de adoecer, principalmente no caso das mulheres que enfrentam um cotidiano muitas vezes exaustivo. A vida e as experiências das mulheres têm sido importantes para a qualidade de sua saúde, com especificidades que fazem desta uma área importante de pesquisa.

Do ponto de vista social, o meio urbano caracterizado pelas grandes aglomerações, pelo excesso de ruídos, insegurança social, competição, carência de oportunidade para todos, frustrações pela falta de participação nos processos decisórios, excesso de responsabilidades, falta de solidariedade e de relacionamentos afetivos significativos e excesso de mudanças, força exageradamente as pessoas para contínuas e indispensáveis adaptações (KAUFMANN, 2000). As condições fisiológicas para desenvolvimento da doença coronariana são prontamente estimuladas por esse continuado estresse adaptativo.

A adaptação a essas mudanças e o como “lidar” com elas, se torna um desafio para cada uma dessas mulheres. No relato da Azul, houve mudança de hábitos, apesar de sua negação frente às mudanças [...] *não houve mudanças! abandonei o cigarro e o álcool, mas não abandonei os amigos.[...], já para Magenta, Rosa e Vermelho, o divisor de águas após o infarto deixa claro o significado de mudança [...] Eu parei tudo! As minhas irmãs é que vêm aqui, os meus amigos é que vêm aqui, porque eu não vou onde eles estão. A família do meu marido mora longe e eu não vou porque tenho medo de viajar. Acabamos ficando em casa.[...].*

Outra mudança importante foi à relação com o trabalho, pois, com exceção de Azul, as mulheres encerraram as atividades profissionais.

Nos relatos sobre o trabalho antes do infarto, com exceção de Sépia, as demais viviam estressadas em função do trabalho e, em função do infarto o trabalho parece ter uma outra conotação para elas. Como descrevem Azul, Rosa e Vermelho *[...] não me acho produtiva, nem ativa...eu não vou mais trabalhar!! Eu não vou!! Saio do emprego, mas não vou!! Só medo....medo..(..). O cotidiano, a multiplicidade de papéis, parece interferir fortemente na individualidade:[...]. Corria muito, o dia inteiro... tudo vai acumulando, acumulando, e, quando chega uma hora é como se fosse uma bomba!! Tu vai colocando, colocando e uma hora tu não agüenta mais...acaba teu coração não agüentando, eu acredito que é isso (..).*

Depois do infarto, o trabalho transformou-se num grande obstáculo, quase intransponível: *[...] Uma ocasião tentei voltar a trabalhar, mas não consegui porque os remédios acabam dando tontura...tive que me aposentar.*

De acordo com Rossi (1994), a combinação da profissão que causa estresse e a falta de controle para tomar decisões é quase fatal, quando relacionada a problemas de coração. Enquanto Karasek (apud ROSSI, 1994), descreve que há uma conexão definitiva entre problemas cardíacos e o nível de controle exercido no trabalho: maior controle, menor o risco de doença.

No presente estudo, Azul, Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho, exerciam profissões que estavam submetidas à chefia, seja no hospital, no escritório ou na fábrica.

A relação entre trabalho e estresse está diretamente ligada ao tipo de atividade que realizavam. O estresse ocupacional, ou estresse causado pelo trabalho, pode ser visto como conseqüência de relações complexas entre condições

de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador para enfrentá-las (ROSS; ALTMAIER, 1994; MURPHY, 1984).

A relação com o trabalho, segundo os relatos das mulheres, era estressante, porém lhes proporcionava confiança e satisfação. Depois do infarto esta confiança se transformou em medo e a satisfação em insegurança. A baixa estima gerada pela instabilidade da saúde dessas mulheres após o infarto, sem dúvida é um dos pontos principais a se considerar na abordagem terapêutica (Reabilitação).

A percepção das mulheres sobre o infarto foi determinada por suas experiências de vida e na assimilação de conceitos descritos pelo senso comum. Nos relatos sobre as sensações do momento do infarto, Azul, Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho descreveram a mesma sensação de uma dor muito forte, um aperto no peito e uma sensação de sufocar. Pode-se dizer que neste estudo, os sintomas descritos pelas mulheres foram semelhantes, principalmente pela forma como se manifestaram. Azul, Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho relataram que apesar de ter consciência dos fatores de risco que possuíam, foram pegas de surpresa ao infartar. A principal causa relatada por elas foi o fato de saber (pelo senso comum) que não faziam parte do grupo considerado de risco para o infarto, por se tratar de mulheres ainda muito jovens. A percepção delas sobre o infarto pode ser descrita como um evento de vida que as surpreendeu e teve um impacto negativo muito forte.

Na categoria infarto, a insegurança também teve importância, devido aos depoimentos sobre o esgotamento emocional causado pelo infarto.

A discussão em torno do problema estresse, e sua relação com o aumento de risco para doença coronariana, é consenso de muitos autores, embora não se possa medir o grau de estresse que pode desencadear este processo.

Evidencia-se que o problema ligado ao estresse, gerado após o infarto, pode ser muito mais preocupante quando se trata de mulheres jovens, pois a patologia já se desenvolveu – devido ou não ao estresse - porém, o indivíduo está fragilizado e, conseqüentemente, o estresse pode ter um peso maior, negativamente, na saúde das mulheres.

Em relação ao trabalho, sua percepção nos coloca uma indagação: o trabalho é mesmo uma conquista para as mulheres? Segundo os relatos de Azul, Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho, o trabalho lhes causava angústia, estresse e sobrecarga de horário. O fato de trabalharem fora e ainda dar conta dos afazeres domésticos, deixava pouco tempo para o lazer, atividades físicas ou simplesmente um tempo só para elas. De acordo com os relatos, o trabalho foi percebido como um atalho para a doença, já que Sépia, Magenta, Rosa e Vermelho, depois da doença, não pensam em trabalhar e afirmam que o trabalho lhes causava transtornos pessoais.

O estresse percebido pelas mulheres, hora estava ligado ao trabalho, hora à personalidade individual. Não se pode dizer quem gerou quem. Se o trabalho gerou o estresse ou se cada uma delas, por seus comportamentos frente ao trabalho se sentiam estressadas; mas o fato é que, sem dúvida, na percepção das mulheres, o trabalho e o estresse se interligavam em vários momentos, podendo ter uma grande influência no desencadeamento do infarto. Esta percepção vai ao encontro das definições de Belkiss (1990) e Nielman (1999), que afirmam ser as experiências vividas por cada indivíduo que podem gerar estresse, e que os agentes estressores podem submeter a pessoa a demandas físicas e psíquicas.

Sendo assim, a maneira com que cada uma das mulheres reage a este estresse, pode ser diferente na forma como é interpretada, porém, todas

demonstraram reações peculiares sobre a influência do estresse desencadeado pelo trabalho.

Em relação às situações que produziam estresse e suas conseqüências, estavam sempre associadas a uma conotação negativa. O relacionamento familiar também se tornou foco de observação, porém não suficiente para se tornar uma categoria como já foi visto anteriormente, a família é muito importante no processo de adoecer e mesmo não sendo estável, pode continuar influenciando no processo da cura, interferindo de maneira positiva ou negativa, de acordo com cada individualidade.

A percepção sobre saúde ou doença sempre variou de acordo com padrões culturais. O entendimento dessa percepção através dos tempos refletiu-se oferecendo diversos significados. Para os povos primitivos significava desejos divinos; já para os Gregos, se pensava em termos de saúde física. Nos relatos das mulheres, a percepção sobre o processo saúde–doença, reflete uma preocupação com o modo de vida, e como estabelecer que o trabalho, o estresse, as relações sociais não causem desgaste físico e psicológico. O trabalho, algumas vezes, teve um sentido de realização, satisfação e garantia de bem estar de acordo com padrões sociais, estes porém, devem ser repensados à medida em que passam a ter implicações negativas na saúde da mulher.

Em relação à família, todas as entrevistadas relataram algum tipo de problema vivenciado, seja em relação a filhos, marido ou parentes. Segundo Vieira et al. (2003), na psicologia diz-se que após a exposição a um evento traumático inicia-se uma série variável de sintomas característicos e perturbações de natureza psicológica, social e biológica chamada transtorno pós-traumático.

Os relatos abaixo são eventos da vida que enfrentados de maneiras diferentes, podem ser considerados, ou não, um evento traumático: Uma separação pode ser um evento marcante na vida do indivíduo e vai ser boa ou ruim, de acordo com a forma que for percebida: [...] *Sou separada, tenho dois filhos. O pai deles dá pensão, mas uma parte, sou eu que cuido deles [...].Azul.*

Emoções como casamento, namoro, etc, também podem gerar estresse, [...] *Casei aos 19 anos e, em seguida ao casamento...casei mal na realidade, muito mal, sofri muito e aí comecei a fumar mais e mais e mais.[...] Vermelho [...]**Tenho um filho adotivo e uma filha 'temporona! Casei só com 42 anos e ele tinha 60.[...] Magenta[...]**Tenho 3 filhos adotivos, porque levei duas gravidezes até os nove meses e eles faleceram por causa da minha diabetes [...]* Sépia.

Os agentes estressores externos também podem ser responsáveis por traumas, como o que segue [...] *O trânsito...que às vezes a gente com pressa de chegar num lugar e aquele trânsito parado! Dava aquela agonia, aquela ansiedade, sabe! Depois sofri um acidente e nunca mais consegui dirigir. Fico lembrando do acidente e não tenho mais coragem [...]* Rosa.

Dependendo da personalidade, a pessoa conseguirá ou não superar, ou viver bem, apesar desses conflitos inevitáveis. Quando se vive obsessivamente em busca de realizações e ganhos, tendo essa diretriz como norteadora, poderá não se estar psicologicamente preparada para as frustrações e perdas inevitáveis que a vida oferece. Se biologicamente se for predisposta ou se, em conseqüência de um determinado estilo de vida, se estiver exposta aos fatores de risco, provavelmente desenvolverá a doença.

Para as mulheres que fizeram parte da pesquisa, a influência do trabalho e sua relação com a saúde, foi percebida como se o estresse gerado pelo trabalho

fosse responsável pelo desencadeamento da doença. Uma vez que, ao descrever suas funções, mostravam entusiasmo, porém após o infarto, a insegurança e o medo prevaleceram. O infarto, o trabalho e o estresse, de acordo com os depoimentos, se confundiam em determinados momentos. É difícil compreender se a doença as afastou de suas funções, ou se o estresse gerado pelo trabalho foi motivado pelo infarto para a desmotivação frente ao trabalho.

Quanto à percepção sobre a saúde, parece ser algo que sempre se encontra em transformação, não sendo estável, relacionada a experiências do dia-a-dia. Experiências essas, que podem ser divididas em três tipos:

- a) a fisiológica – do movimento do nosso organismo e da sua relação com o meio físico, biológico e químico;
- b) a mental e psíquica, relacionada à vida afetiva, de relações e sentimentos, e por fim,
- c) a social onde é destacada por ele a relação homem e trabalho. Fazem parte dessa relação algumas condições ligadas ao ambiente, à organização de tarefas e às relações humanas.

No relato das mulheres, à medida em que colocaram a doença como um “marco inicial” para uma nova etapa de suas vidas, fica claro a conotação de adaptação. A maneira como se adaptam, varia de acordo com os determinantes do processo que, neste caso, são os fatores psicossociais.

O infarto está se manifestando numa população que está no auge de sua produtividade, o que traz preocupação para as questões de saúde pública. Sem dúvida, existem vários fatores para justificar os níveis de estresse na sociedade. As rápidas mudanças tecnológicas, inflação, crime, poluição, relacionamentos são

algumas das situações que requerem constantemente adaptação fisiológica e emocional.

Segundo Rossi (1994), as conseqüências à exposição permanente aos agentes estressores podem ser graves, pois aumentam consideravelmente o risco de ataque do coração, derrame, hipertensão, etc. Indo ao encontro da literatura pesquisada, pode-se dizer que o estresse foi o principal preditor das causas relacionadas ao infarto, neste processo percebido pelas mulheres pesquisadas. Pode-se, ainda dizer que, de acordo com os relatos e com base na literatura pesquisada, o estresse gerado por situações cotidianas, principalmente no trabalho, teve um papel determinante no processo de adoecer das mulheres pesquisadas.

C

APÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa não pretendeu-se definir todas as causas que levaram ao infarto, mas sim tentar explicar e perceber algumas causas que não podem ser traduzidas apenas pelos exames laboratoriais, e também, a percepção do infarto em mulheres jovens. O estudo trouxe uma proposta de reflexão sobre o processo saúde–doença na sua contemporaneidade.

Ao descrever-se em quais circunstâncias o infarto acometeu as mulheres e como este evento foi vivenciado por cada uma delas, pode refletir-se sobre as adaptações à nova condição de saúde das mulheres, percebeu-se que o infarto se tornou um divisor de águas nas vidas. Como ainda as relações com o trabalho, família, amigos, de acordo com os relatos, sofreram mudanças significativas após o infarto.

A investigação sobre percepção do infarto agudo do miocárdio em mulheres jovens requer um percurso transdisciplinar. O tema processo saúde e doença em mulheres necessita do conhecimento social e psicológico, o qual envolve vários fatores, dentre eles, a ascensão da mulher no mercado de trabalho e suas implicações na saúde e modo de vida.

A maneira de ver a “saúde da mulher”, na medicina moderna deve-se ao fato de ela ser vista essencialmente como mãe, que segundo Aquino et al. (1995), orientou a produção científica para os aspectos reprodutivos da saúde, privilegiando-se aqueles relativos à saúde do feto. Com o passar dos anos, e com o crescente

número de mulheres ocupando o mercado de trabalho, houve a necessidade de estudos relacionados à saúde laboral da mulher. Nesta pesquisa evidenciou-se que o infarto precoce teve uma conotação negativa na vida dessas mulheres. Quando definiu-se o tema, tinha-se como pressuposto de que as mulheres teriam superado a doença e que já estivessem inseridas novamente no mercado de trabalho, uma vez que o infarto já havia sido superado. Mas o que se encontrou foi justamente o oposto. Mulheres que depois da doença desenvolveram um sentimento de incapacidade frente ao trabalho e à vida social.

A dificuldade em lidar com as perdas faz com que as pessoas se fechem em si mesmas, como se isso as impedisse de perder mais alguma coisa. Nesse processo, ficam tão autocentradas, envolvidas em sua própria dor que se desconectam da vida se autoconsumindo.

A importância dessa discussão está em perceber como o processo de saúde e de doença pode ser entendido nos dias de hoje, pela perspectiva de quem teve o infarto e qual o impacto que isto pode ter nas questões de Saúde Pública.

“Compreender a percepção das mulheres sobre o infarto agudo do miocárdio” é o que foi o que propor-se e evidenciar neste processo, “porém muitas pesquisas ainda precisam para que este tema possa trazer benefícios na prevenção. À medida em que vai-se conhecendo os “porquês” das situações envolvidas no processo de adoecer, certamente os benefícios serão de grande impacto na Saúde Pública.

Entre as dificuldades encontradas durante a pesquisa podemos destacar a bibliografia disponível sobre doenças cardiovasculares em mulheres, são na maioria referentes a outros países. No Brasil, existe um projeto da Sociedade Brasileira de Cardiologia em 2004, para unificar uma base de dados para o país, com informações sobre fatores de risco por região. Essas informações contribuirão

para avanços no diagnóstico, porém é uma iniciativa que vai depender da contribuição de várias regiões do país.

Durante a coleta de dados, percebeu-se a necessidade de um banco de dados ou arquivo com informações completas, uma vez que, a principal dificuldade foi devido ao endereço das participantes. Prontuários onde não são preenchidos campos, como por exemplo, sexo ou idade, dificultaram a pesquisa. Outras falhas no sistema foram sendo verificadas, como o fato dos cadastros do tipo de doença constarem como DCA (doença coronariana), onde deveria ser IAM (infarto agudo do miocárdio). As dificuldades encontradas foram relatadas e aceitas como sugestão para a melhoria do sistema no Programa de Reabilitação.

Como sugestão para pesquisas futuras, investigar se as questões psicológicas como, depressão, ansiedade, e pânico possam estar ligadas ao paciente antes, ou, somente depois de serem acometidos pelo infarto. Esta investigação poderá trazer mais subsídios para que os pacientes possam ter uma reabilitação completa e serem integrados novamente ao mercado de trabalho, já que a maior dificuldade encontrada neste processo, foi o fato das mulheres estarem no auge de sua produtividade.

R EFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. R., CECATTI, G.J., HARDY, E. E., FAGUNDES, A.. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v.14, Supl.1, p. 41-48, 1998.

ALFIERI R.G; DUARTE G.M. **Exercício e o coração**. Rio de Janeiro: Cultura Médica Ltda, 1993.

ANDRADE, S. M. de S.; ANTÔNIO. D. J.; CORDONI, L. **Bases da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO,2001.

AQUINO,E.M.L de; MENEZES, G.M.de S.; MARINHO, L.F B.Mulher, Saúde e trabalho no Brasil: Desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Pública**, v.11, .2, p. 281-290, abri./jun. 1995.

ARANTES, M. A. de A. C.; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. (Coleção Clínica Psicanalítica)

BALLONE,G.J. **Psiquiatria Web-2001** Disponível em:<http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/psiconeuroimunologia-html> acesso em 16 de junho de 2004.

BARBANTI, V.Aptidão física e saúde. **FESTUR**, v.3, n 1, p. 5-8,1991.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1979.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BELLKISS, W. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial Byk,1990.

BORGES, A., GUIMARÃES, I. B. A mulher e o mercado de trabalho nos anos noventa: o caso da região metropolitana de Salvador. In: Rocha. M. I. B. Rocha (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças permanências e desafios**. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 111-138.

BRASIL. **Centro de documentação e disseminação de informações**. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária,1979.

CARDIA. Estudo divulgado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004

CARVALHO, T. **Orientações básicas sobre atividade física e saúde para usuários**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

CHOR D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. et al. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: MINAYO, M.C. (Ed.). **Os muitos Brasis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999;. 57-86.

CODO, W & MENEZES, I, V. O que é *Burnout*? In: CODO, W. (org) **Educação, carinho e trabalho**; *Burnout*, a síndrome da desistência do educador, o que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 237 - 254.

CODO, W. Qualidade, Participação e saúde mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: CODO, W. (org) **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis, Vozes, 1996. p. 139-167.

CODO, W.; MEDEIROS, L.; MENEZES, I., V. O conflito entre o trabalho e a família e o sofrimento psíquico. In: CODO, W. (org) **Educação, carinho e trabalho: Burnout**, a síndrome da desistência do educador, o que pode levar à falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 255-260.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MULHERES BRASILEIRAS, 2002: Athalaia, Brasília, 6-7 de junho 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Memória**. Gestão 1995/1999

CONTI, R. A . S; SOLIMENE, M. C.; LUIZ, P.L, BENJÓ; A .M. et al. Comparison between young males and females with acute myocardial infarction. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.79, n. 5, Nov. 2002

COOPER, K. **Controlando a hipertensão**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1991.

COOPER, K. H. **Controlando o colesterol**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1988.

COOPER, K. H. **Correndo sem medo**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1985.

COTRIN,G.**Fundamentos da filosofia**: ser, saber e fazer. São Paulo:Saraiva,1993

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M.. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de "campo de saúde". **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n.3, p. 63-68, jul. 1999.

DATASUS. **TabNet** :Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v.,14, n. 54, p. 7-11,1986.

DEL PRIORE, M. (org); **História das mulheres no Brasil**. 6 ed. São Paulo: Contexto, 2002.

DELBONI, T. H. **Vencendo o stresse**. São Paulo: Makron Books, 1997.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHAS). Public Health Service National Institutes of Health. Report of the Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease, February 1998

Dicionário de filosofia. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DUARTE, G.M. **Ergometria**: bases da reabilitação cardiovascular. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1986.

FERRAZ, F. C. O mal-estar no trabalho.; In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M.A. A. C. (org.) **psicossoma II**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

FRANÇA, A .C.L. E RODRIGUES, A .L. **Stress e trabalho**: guia básico de abordagem psicossomática. São Paulo. Atlas, 1997.

FRANÇA, H.H.A Síndrome de Burnout. **Rev..Bras. De Medicina**, v. 44, p. 197-199, ago. 1987.

GORDON NF. Conceptual basic for coronary artery disease factor assessment. In: ACSM. **Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription**. 3. ed. USA: Williams & Wilkins, 1998.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno do estresse pós-traumático. **Rev. Brás. Psiquiatr.** v. 25, supl., p. 21-24, Jul. 2003. [online]. Disponível em: Web:[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1516-44462003000500006&ING=PT&NRM=ISSO](http://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1516-44462003000500006&ING=PT&NRM=ISSO). Acesso em 05 de maio de 2004.

GRAEFF, F.G.; BANDÃO, M. L. **Neurobiologia das doenças mentais**. 5^a ed. São Paulo: Lemos Editorial; 1999.

GUEDES, D.P. **Orientações básicas sobre atividade física e saúde para usuários**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

GUIMARÃES, M, I. **entre o lazer e a frustração**: a diferença está na qualidade dos serviços. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.

GUIMARÃES, M. I. **Entre o lazer e a frustração**: a diferença está na qualidade dos serviços. 2002. 119f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.

HAYNAL, A.; Pasini, W. **Manual de medicina psicossomática**. São Paulo: Masson, 1983.

HELMAN, C..G. **Cultura saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

- KANNER, A.D.; COYNE, J.C.; LAZARUS, R.S. Comparasion of two modes of stress measurement: daily hasiles and uplifts versus major life events. **J Behav Med**, v.4, n.1 p. 1-39, 1981..
- KAUFMANN, M.W. Depression, hostility, gender, and myocardial infarction. **Am. Psychiat Ass Meeting**, Chigaco Illinois, p. 13-18, May. 2000.
- KEESING, R. M. Cultural Anthropology. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1981.
- LAZARUS, R, F. S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.
- LEZÁUN BURGUI, R. El “consejo cardiológico” en la práctica deportiva. **Medicina Del Deporte**, v.3, n. 32, 1991.
- LIPP, M. **Como enfrentar o estresse**. 3 ed.Campinas.Editora da UNICAMP,1990.
- LIPP. M. (Org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus, 1996.
- LOPES, C.S.; FAERSTEIN, E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário auto-preenchido: estudo pró-saúde. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.3, p. 126-133. jul. 2003 [online] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500006&Ing=pt&nrm=isso. Acesso em 05 de maio de 2004.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**:abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U, 1986.
- MARCONI, M.; LAKATOS, E,M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas,1982.
- MAZZAFERRI, E. L. **Endocrinologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.
- McGINNIS, J. M.; FOEGE, W., Actual causes of death in the United States. **JAMA**, n. 270, p. 2207-2212, 1993.
- MENDES, F. M. **Incidência de burnout em professores universitários**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.
- MENDES,A. M.F.N. **As psicossomatizações do envolvimento emocional no trabalho de um grupo de enfermeiras resultantes da má-adaptação às reações de estresse**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2002.
- METLIN,C. Occupational careers and the prevention of coronary-prone behavior. **Soc.Sci.Med**. 10, p. 367-372,1976.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa. 5.ed. São Paulo:Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

MONTAGNER, P. Dinâmica e perfil do mercado de trabalho: onde estão as mulheres. In: Rocha, M. I. B. (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças permanências e desafios**. São Paulo: Editora 34, 2000. p. 161-167.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

OKANO, Y.; UTSUNOMIYA, T.; YANO, K. Effect of mental stress on hemodynamics and left ventricular diastolic function in patients with ischemic Heart disease. **Jor. Circ.J.**, v. 62, n.3, p. 173-177, 1998.

OLIVEIRA, M. F.P.; LUZ, P. L.. O impacto da cirurgia cardíaca. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. São Paulo: Vozes, 1992. p. 253-258.

PARAQUAY, A.I.B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para a melhoria das condições de trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v.18, n.70, 1990.

PARETA, J. M.M.; MEIRA, A. R.; ANDRETTA JR, C. **Saúde da Comunidade: temas de medicina preventiva e Social**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A. B.; AMINE, A. et al. Why is the in-hospital case-fatality rate of acute myocardial infarction higher in women? **Arq. Bras. Cardiol.**, v.70, n.5, p. 327-330, May. 2003. [online]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782x1998000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 de julho de 2003.

PASSOS, L. C. S.; LOPES, A. A. E.; PEROBA, F. et al. Diferença de letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio entre homens e mulheres submetidos a angioplastia primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.4, p. 587-590, Out.1998.

PASSOS, L.C. S. ; LOPES, A.A.; COSTA, U.; LOBO, N. JR; RABELO A. Diferença de letalidade hospitalar da angina instável entre homens e mulheres. **Arq.Bras.Cardiol**, v. 72, n. 6, 669-672, 1999.

PINHEIRO, F, A.; TRÓCCOLI, B, T. Preditores psicossociais de exaustão emocional no trabalho bancário. In: CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 3, João Pessoa, 2003. **Livro Resumo**, João Pessoa, 2003.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. Rio de Janeiro: MENSIS, 1993.

POSSATI, I.C. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem estar psicológico. **Psicologia Reflex.Crít.**, Porto Alegre, v. 15, n.2, 2002.

POSSATTI, I. C. **Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Paraíba, 200.

RIBEIRO, L.; KAPCZINSKI, F. Ansiedade In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. (Eds.). **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre. Artmed , 2000. p.133 -141.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M.. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras. Med. Esporte**, v.8, n.6, p. 244-254, nov./dez. 2002.

ROCHA, L.Y.S.; ESTHER E.; DEBERT-RIBEIRO, M.Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Rev.Saúde Pública**, v.35, n. 6, p. 539-547,dez,.2001,

ROGHI, A. B. La gestione del lutto: fisiopatologia carciovascolare della comunicazione. **Itali. Heart J.**,v.1, n.5 suppl, p. 659-63,2000.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública** . São Paulo: Ed. Unesp,1994.

ROSENFELD,S. Sex differences in depression: Do women always have higher rates? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 33-42, 1980.

ROSS, C.A; ANDERSON, G.; CLARK, P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. **Hosp Commun Psychiatry**, n.45, p. 489-491, 1994..

ROSSI, A.M. **Autocontrole**: nova maneira de controlar o estresse. 5 Ed:Rio de Janeiro,1994.

SANTOS, R.D.; MARANHÃO, R.C.; LUZ, P.L. et al. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 77, suppl 3, p. 1-191, 2001.

SCHROEDER, D.H.; COSTA JR, P.T. Influence of life events stress on physical illness: substantive effects or methodological flaws? **J Pers Soc Psychol**, v. 46, p. 853-869, 1984.

SMITH J.C. **Understanding**: stress and coping. Nova York: Macmillian,1993.

SOUZA, P. R. Os sentimentos dos sintomas: psicanálise e gastroenterologia. São Paulo: Papyrus, 1992.

SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R. S. Muhler e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enferm.** São Paulo, v. 11, n. 5, set./out., 2003.

STACCIARINI, J.M.R.**Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping – na satisfação, mal- estar físico e psicológico dos enfermeiros**.1999. 169f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho, Universidade de Brasília, Brasília.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Attas, 1997.

TUNALA, L. G.. Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Rev. Saúde Pública**. v.36, n.4, suppl., p. 24-31, Ago. 2002. [online]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8902002-000500005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31 de julho de 2003.

VASSALO, D.V. LIMA, E.G. **Contratibilidade miocárdica: aspectos básicos e clínicos**. São Paulo: BYK,1993.

VERBRUGGE,L.M. Multiple roles and physical health of Women and man. **Journal of health and Social Behavior**, v. 24, n.3, p.16-30, 1983.

VIEIRA, R. M.; GAUER, G. J.C. Transtorno do estresse pós-traumático e transtorno de humor bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.25, supl. P. 55-61,Jun. 2003. [online]. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51516-44462003000500013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 31 de julho de 2003.

WALDRON, I. Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. **Social Science and Medicine**, n.36, p. 451-462, 1993.

WALDRON,I, Employment and women s halth: an analysis of causal relationships. In: **Women and health: the politics of sex in medicine**. New York: Bay Wood Publishing Company, 1983., p. 119-138.

WILSON, P.K.; BELL,C.W.; NORTON. A.C. **Rehabilitation of the heart and lungs Fullerton**, California: Beckman, 1980.

WORLD ORGANIZATION OF HEALTH (WOH). **Rehabilitation after cardiovascular disieases, whit especial emphasis on developing coutries**. Genebra, 1993.

YAZBEK JR, P.; BATTISTELLA, L.R. **Condicionamento físico do atleta ao transplantado**. São Paulo: Sarvier,1994.

A NEXOS

ANEXO I - Questionário e roteiro para entrevista

Nome:

Profissão:

Idade:

Idade em que teve infarto:

Questionário Sócio – Cultural

1- ESCOLARIDADE () Pós-Graduação

- () Ensino Superior completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Ensino Médio incompleto
- () Ensino Fundamental completo
- () Ensino Fundamental incompleto
- () não é letrado

2 - RENDA FAMILIAR

- () Menos de 1 salário mínimo
- () de 1 a 5 salários mínimos
- () de 5 a 10 salários mínimos
- () de 10 a 15 salários mínimos
- () de 15 a 20 salários mínimos
- () mais de 20 salários mínimos

3- CRENÇA RELIGIOSA OU ESPIRITUALIDADE

3.1 Você possui ou participa de alguma comunidade religiosa:

- () Sim. Responda às questões 3.2 e 3.3

3.2 Quanto tempo você reserva, aproximadamente por mês, para participar de sua comunidade religiosa:

- () Menos de 1 hora
- () 1 a 2 horas
- () 2 a 3 horas

- 3 a 4 horas
- Mais de 4 horas

3.3 Quanto tempo você reserva, aproximadamente por Semana, para oração ou meditação:

- Nenhum
- Menos de 1 hora
- 1 a 2 horas
- 3 a 4 horas
- mais de 4 horas

Obs:.....

1)Por que você acha que teve infarto?

2)O que é infarto para você? Defina o que é:

3)Há quanto tempo você teve o infarto?

4)Alguém da sua família já teve problemas cardíacos?

5) Você já ouviu falar em fatores de risco para doenças cardíacas? Quais você atribui que contribuíram para o infarto? Obesidade, colesterol?

6)Você tem conhecimento sobre o que pode causar infarto?

7)O médico falou sobre os fatores de risco? E qual foi considerado o principal?

8) Você se considera uma pessoa estressada?

9) Qual foi a principal mudança causada pelo infarto na sua vida , ou no profissional?

10) Em relação à família, aos amigos, à parte social, mudou alguma coisa?

11) Você teve que abandonar alguma coisa em função do infarto?

12) Hoje você se considera uma pessoa mais ativa, mais produtiva?

13) E com sua vida profissional, houve alguma alteração?

14) Você é casada?

15) O que te causa mais estresse?

16) Aconteceu algum tipo de trauma que possa gerar estresse?

17) Você pratica atividade física?

1 – ESTRESSE

De acordo com Cooper (Cooper & Baglione Jr, 1988); Cooper, Sloan, & Williams, 1988; Cooper, 1993) os estressores no ambiente de trabalho podem ser agrupados em categorias:

- 1) fatores intrínsecos ao trabalho (por exemplo, carga horária).
- 2) Papéis estressores (grau de responsabilidade).
- 3) Relações no trabalho (interpessoal).
- 4) Desempenho na carreira (insegurança).
- 5) Estrutura e cultura organizacional (estilos de gerenciamento)
- 6) Interface do trabalho-casa (dificuldade na administração desses limites).

No caso desta pesquisa, em especial, esta última categoria descrita por Cooper se tornou fundamental na investigação, visto que as mulheres entrevistadas estavam todas no mercado de trabalho antes do infarto. Partindo desta constatação, e sabendo-se que cada indivíduo responde de forma diferenciada a todos os tipos de agentes estressores, a investigação qualitativa torna-se uma aliada na compreensão das manifestações de estresse. O mesmo agente estressor pode ser percebido como positivo ou negativo, dependendo da percepção, cultura de cada um. Numa tentativa de compreender a percepção das mulheres que tiveram infarto sobre a doença, o estresse se mostrou como uma categoria importante a ser considerada.

A partir do momento em que esta categoria se tornou significativa e começou a se repetir nas respostas das entrevistadas, busquei um novo questionário, desta vez com perguntas mais fechadas sobre os agentes estressores, a fim de identificar a quais agentes elas estiveram mais expostas e em que grau elas perceberam que isso pode ter interferido no processo de adoecer.

Perguntas:

1) Assinale o que lhe deixa mais irritada:

- ruído
- trânsito
- aglomerações
- filmes de ação
- compromissos
- sexo
- trabalho
- casamento
- música alta
- problemas financeiros

2) Você gostava da função que exercia no trabalho? () sim () não

3) Você estava satisfeita com seu salário?() sim () não

4) Você acha que trabalhava muitas horas por dia?() sim () não

5) Você tinha algum tipo de lazer?() sim () não

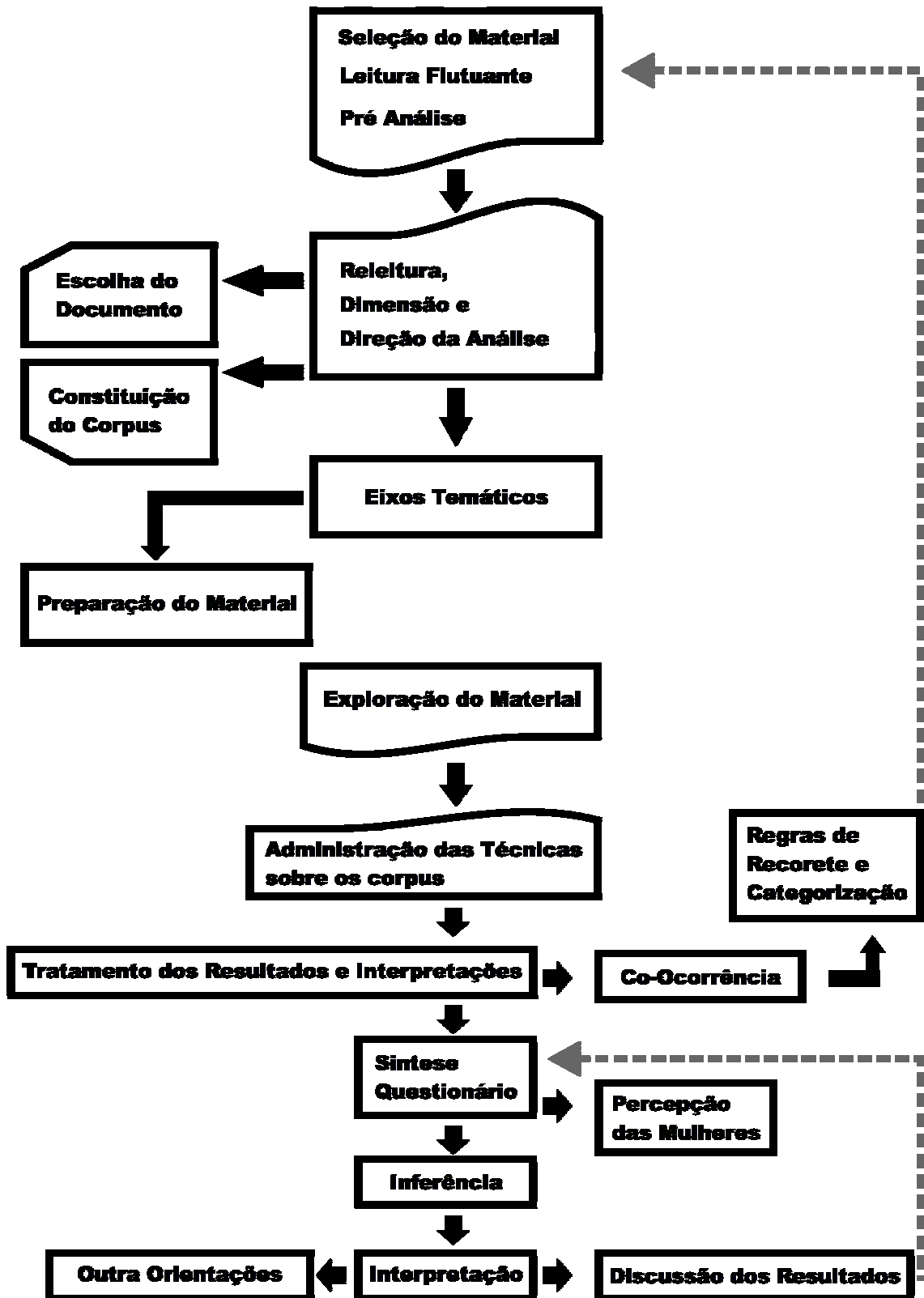
6) Você se sentia uma pessoa feliz?() sim () não

7) Seu relacionamento com a família era bom?() sim () não

8) Você se sentia segura no casamento? () sim () não

9) Sua vida sexual era normal? () sim () não

ANEXO II – Fluxograma



ANEXO III - Planilha para a regra de recortes e categorização

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azul												
Sépia												
Magenta												
Rosa												
Vermelho												

1 – Co-ocorrências relacionadas às causas do infarto;

2 – Definição do infarto;

3 – Família e doença;

4 – Fatores de risco conhecidos;

5 – Opinião médica;

6 – Estresse individual;

7 – Principais mudanças;

8 – Sentimento de perda;

9 – Ativa /não produtiva;

10 – Vida profissional;

11 – Agentes estressores;

12 – Prática de atividade física.