

GREICI MAESTRI BUSSOLETTO

***STRESS* PÓS INFARTO: AVALIAÇÃO EVOLUTIVA E
ADESÃO À MUDANÇA DE HÁBITOS**

PUC – CAMPINAS

2012

GREICI MAESTRI BUSSOLETTO

**STRESS PÓS INFARTO: AVALIAÇÃO EVOLUTIVA E
ADESÃO À MUDANÇA DE HÁBITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC – Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

PUC – CAMPINAS

2012

t152.43
B981s

Bussoletto, Greici Maestri.

Stress pós infarto: avaliação evolutiva e adesão à mudança de hábitos / Greici Maestri Bussoletto. - Campinas: PUC – Campinas, 2012.
xvi, 86p.

Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp.
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de
Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexos e bibliografia.

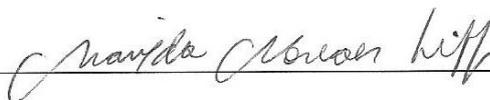
1. Stress (Psicologia). 2. Coração - Doenças - Pacientes - Reabilitação. 3. Sistema cardiovascular - Doenças. 4. Qualidade de vida. I. Lipp, Marilda Emmanuel Novaes. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t152.43

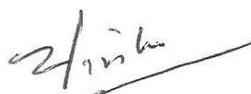
GREICI MAESTRI BUSSOLETTO

**STRESS PÓS INFARTO: AVALIAÇÃO EVOLUTIVA E
ADESÃO À MUDANÇA DE HÁBITOS**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Prof. Dr. Claudio Pinho



Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

PUC – CAMPINAS

2012

DEDICATÓRIA

Cada trabalho que faço, tento colocar o meu melhor, mas isso não seria possível se Deus não estivesse no comando de tudo, me abençoando, guiando meus passos e colocando sempre ao meu lado pessoas fundamentais para que tudo acontecesse da melhor forma possível. Obrigada Senhor por ser meu guia, minha luz, meu socorro. A Ti sou grata por tudo o que tenho, tudo o que sou e tudo que construo a cada dia.

AGRADECIMENTOS

Só quem passa, sabe o valor e a luta que é concluir esse trabalho. Porém, concluí-lo sem contar com a ajuda, o amor e o companheirismo de pessoas especiais, seria praticamente impossível, pois não somos ninguém sozinho. Sempre aprendi com meus amados pais que gratidão é algo eterno, e que ela nos move a cada novo passo, pois reconhecemos que chegamos até ali por pessoas acreditarem na gente e nos apoiarem.

Agradeço inicialmente a quem me deu a oportunidade de realizar esse trabalho, de alcançar o sonho de ser mestre, que acreditou sempre no meu potencial e me fez acreditar que sou capaz e que posso ir sempre além. Obrigada Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp. Obrigada por assinar a minha trajetória profissional, acadêmica a pessoal com sua maestria. Obrigada por me orientar, me respeitar e ser essa pessoa pela qual tenho tanto respeito e admiração.

Agradeço ao meu marido e amor da minha vida, Maurício Bussoletto, por seu companheirismo, seu amor, sua compreensão quando não pude estar presente, por me entender, me apoiar, me acolher; e que com a sua admiração, me mostrou, quando eu sozinha não percebia, que tudo valeria a pena. Por dividir comigo nossas alegrias, dificuldades, sonhos e conquistas. Obrigada amor.

Agradeço aos meus pais, Francisco e Ingrit, pois sempre acreditaram e apostaram em mim, e mesmo em toda sua simplicidade, me amaram incondicionalmente. Sua luta diária por mim e por meus irmãos sempre foi meu motor para ser uma pessoa melhor a cada dia e dar-lhes orgulho de serem meus pais.

Aos meus irmãos, meus melhores amigos, Kelly e Tiago, por sua coragem, por seu amor, pelo seu apoio incondicional, pelas risadas juntos, pela união, pelo companheirismo. Por vocês serem o meu maior exemplo de bondade e de que pessoas boas fazem a nossa vida mais bonita, melhor e mais segura. E que mesmo longe, nas idas e vindas, nas tristes despedidas, sempre guardei a certeza que vocês me deram: o melhor está no coração, e nunca vai embora. E como não agradecer duas pequeninas pessoas que nem imaginam ainda pela sua ingenuidade, o quanto são especiais para a tia deles: obrigada Manuella e Vitor Hugo, por me fazerem sorrir e chorar em cada sorriso, em cada gesto e em cada palavrinha que ouço de longe de vocês pois isso sempre me fortaleceu. Obrigada meus amores.

Quero agradecer também a uma grande pessoa, que passou de orientadora, para amiga e grande incentivadora para que eu fizesse esse mestrado: Aretusa Baechtold, obrigada por sempre me apoiar, acreditar em mim, a você minha admiração.

Agradeço imensamente àqueles que tornaram essa jornada de dois anos inesquecível. De desconhecidos, a conhecidos, de conhecidos a colegas e de colegas a grandes amigos. Obrigada Andrea Macedo Bottcher, Izabella Brito, Maristela Volpe dos Santos, Vivian Mascella, Luiz Ricardo Vieira Gonzaga e Andréia Kleinhans, pois vocês foram mais que colegas de trabalhos, estudos e congressos, foram meus companheiros de caminhada e deram um sentido mais do que especial para a palavra “amizade”. E como deixar de citar alguém que com sua sabedoria, carisma e uma intensa dedicação e amor em tudo o que faz, tornou-se uma grande amiga, e uma grande mestre, que sigo sem medo do que está por vir, pois sei que com ela, estou protegida, acolhida e amparada. Obrigada Claudiane Guimarães, por ser uma luz na minha vida.

Agradeço aos meus queridos orientandos, Louis Mario Lipp, Raquel Leite Perini e Fernanda Martins Gentil, que me possibilitaram trocar ideias, experiências e momentos únicos como sua orientadora. Foi único. Obrigada.

Agradeço a cada paciente e suas famílias, que me possibilitaram realizar toda a coleta dos meus dados, com paciência, carinho e atenção. Sempre estiveram me proporcionando um aprendizado acadêmico, profissional e pessoal com suas histórias de vida. Obrigada, sem vocês esse trabalho não teria sido concluído.

Agradeço aos profissionais do Hospital das Clínicas da UNICAMP em especial aos residentes da cardiologia, Maurício, Ana Paula, Bruno Colontoni, Paula, Pedro, Bruno Santa Rosa, Ana Raquel, Gabriela, Mariana, Vicente, Roberto e a querida secretária Lucia, todos profissionais tão competentes e atenciosos que tanto me auxiliaram na coleta de dados. Da mesma forma agradeço aos professores Dr. Ottavio Rizi Coelho e Dr. Andrei Spósito por terem possibilitado a realização do meu trabalho em seu departamento de cardiologia. Muito obrigada a todos.

A todos os professores e às secretárias da pós graduação da PUC – Campinas, pois sua paciência e seu profissionalismo, não apenas marcaram minha trajetória nesse momento, como também foram fundamentais para que eu concluísse essa etapa com êxito e a sensação de dever cumprido.

Agradeço ao CNPq, por ter me permitido, como bolsista, de realizar e concluir esse trabalho.

Obrigada por aqueles que tiveram o interesse de ler meus agradecimentos até o fim, pois, são neles que uma grande parte de quem eu sou e no que acredito se encontra.

Obrigada!

Vida e espiritualidade, sístole e diástole, manifestações do humano presentes no amar, no perdoar, na construção ativa da alteridade, enfim aí estão postas as regras singelas do viver com o coração sadio

(Siqueira, 2007).

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	x
Lista de Figuras	xi
Resumo	xii
Abstract	xiii
APRESENTAÇÃO	xiv
INTRODUÇÃO	1
<i>Stress</i> : Causa ou Consequência	1
Fatores de risco e Doenças Cardiovasculares: o Infarto Agudo do Miocárdio	4
Infarto Agudo do Miocárdio: tratamento e adesão do paciente	12
Mudança de Hábitos de Vida: é possível aderir e manter?	15
OBJETIVOS	17
Objetivo Geral	17
Objetivos Específicos	17
MÉTODO	18
Participantes	18
Material	18
Juízes	21
Local da Coleta de Dados	21
Procedimento	21

RESULTADOS	24
Apresentação dos dados quantitativos	24
Análise Categorial segundo os moldes da análise de conteúdo de Bardin	35
DISCUSSÃO	51
CONSIDERAÇÕES CIRCUNSTANCIAIS	65
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	77
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
Anexo B: Aceite do Comitê de Ética	79
Anexo C: Roteiros de Entrevistas	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de peso pelo IMC	9
Tabela 2 - Classificação de Pressão Arterial	10
Tabela 3 - Distribuição da amostra a partir dos dados sócio demográficos	24
Tabela 4 - Distribuição da amostra em relação a antecedentes familiares para DCV dos que tinham informações	26
Tabela 5 - Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 1 ^a . Avaliação	31
Tabela 6 - Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 2 ^a . Avaliação	32
Tabela 7 - Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 3 ^a . Avaliação	32
Tabela 8 - Descrição das subcategorias da categoria <i>Relação com a Doença</i>	36
Tabela 9 - Descrição das subcategorias da categoria <i>Causas do IAM</i>	38
Tabela 10 - Descrição subcategorias da categoria <i>Mudanças Ocorridas pós IAM</i>	43
Tabela 11 - Descrição das subcategorias da categoria <i>Significado da Doença</i>	47
Tabela 12 - Descrição de subcategorias da categoria <i>Relação com o Tratamento</i>	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentagem da análise comparativa da atividade física realizada	27
Figura 2 - Porcentagem da análise comparativa da alimentação	27
Figura 3 - Porcentagem da análise comparativa em relação ao tabagismo	28
Figura 4 – Frequência de respostas da avaliação sobre a eficácia do tratamento	29
Figura 5 – Análise comparativa em relação à retomada de atividades pós IAM	29
Figura 6 - Porcentagem da incidência de <i>Stress</i> na amostra nas três avaliações	30
Figura 7 – Porcentagem das fases de <i>stress</i> nos três momentos de avaliação	30
Figura 8 – Porcentagem da prevalência de sintomas nas três avaliações	31
Figura 9 - Análise Comparativa dos sintomas na fase de alerta	33
Figura 10 – Análise Comparativa dos sintomas nas fases resistência/quase-exaustão	34
Figura 11 – Análise Comparativa dos sintomas na fase de exaustão	35

RESUMO

Bussoletto, G.M. (2012). *Stress pós infarto: avaliação evolutiva e adesão à mudança de hábitos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Campinas. (xvi + 86).

Diante das altas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, é necessário que se promovam trabalhos de prevenção e reabilitação que abordem aspectos físicos e emocionais. Buscou-se nesse estudo compreender a adesão do paciente coronariopata ao tratamento pós-infarto avaliando possíveis mudanças nos hábitos de vida e na incidência de *stress* na passagem do tempo em três momentos: na internação, três e seis meses após o evento. A amostra contou com 31 participantes, sendo 26 homens e cinco mulheres; com idade entre 40 a 82 anos internados no hospital das clínicas da UNICAMP. Na coleta dos dados foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturada e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Para os dados quantitativos foi utilizada a análise estatística e para os dados qualitativos a análise de conteúdo segundo os moldes de Bardin. Os resultados apontaram uma prevalência de pacientes com sobrepeso (n=14), com hipertensão arterial instalada (n=23), com IAM prévios em seu histórico médico (n=19) e com a presença de antecedentes familiares de hipertensão arterial (n=19), de diabetes mellitus (n=16), de IAM (n=20), de acidente vascular cerebral (n=17) e de morte súbita (n=13), considerados fatores de risco no desencadear de doenças cardiovasculares. Analisando os hábitos de vida, constatou-se que houveram mudanças significativas, para melhor, em relação a: realização de atividade física (p=0,022); ao ato de parar de fumar (p=0,001); e ao tipo de alimentação consumida (p<0,001). A retomada de atividades após o IAM ficou prejudicada (p=0,012). Em relação ao *stress*, 100% da amostra apresentava sintomas significativos na primeira avaliação, 96,43% na segunda e 89,29% na terceira. Nas três avaliações a fase do *stress* mais prevalente foi da resistência. Os sintomas físicos prevaleceram na primeira avaliação (n=16), na segunda (n=12) e terceira (n=13), prevaleceram os psicológicos. Os resultados demonstraram que a forma como o paciente se relaciona com a equipe, com o seu tratamento e com as mudanças decorrentes do infarto, podem influenciar positiva ou negativamente na adesão ao tratamento.

Palavras – Chave: adesão ao tratamento, cardiologia, hábitos de vida, *stress*.

ABSTRACT

Bussoletto, G.M. (2012) Stress after infarction: outcome assessment and adherence to changing habits. Dissertation in Psychology as a Profession and Science - Catholic University of Campinas, Center for Life Sciences, Graduate Program in Psychology, Campinas. (xvi + 86).

Given the high rates of mortality from cardiovascular disease, it is necessary to promote of prevention and rehabilitation addressing physical and emotional aspects. This study sought assessing with patients after acute myocardial infarction (AMI), whether there was any change in lifestyle and incidence of *stress* with the passage of time on three different occasions: on admission, after three months and after six months. The sample consisted of 31 participants, 26 men and five women, aged between 40 and 82 years old admitted to the Hospital of UNICAMP. To collect data was used semi-structured interviews and the Inventory of *Stress* Symptoms for Adults Lipp (ISSL). For quantitative data analysis was used for statistical and qualitative data content analysis along the lines of Bardin. The results showed the prevalence of overweight patients ($n = 14$), with hypertension ($n = 23$), previous myocardial infarction in their medical history ($n = 19$) and the presence of family history of hypertension ($n = 19$), diabetes mellitus ($n = 16$), myocardial infarction ($n = 20$), stroke ($n = 17$) and sudden death ($n = 13$). Looking at the habits of life through the passage of time, it was found significant change for better between the assessments regarding: physical activity ($p = 0,022$), quitting smoking ($p = 0,001$), and the type of food elected ($p < 0,01$). Moreover, it was noted that the resumption of activities after the event was impaired ($p = 0,012$). In relation to *stress*, 100% of the sample had with significant symptoms of *stress* in the first evaluation, 96.43% in the second one and 89.29% in the third one. In phase three evaluations of the stress resistance was more prevalent. Physical symptoms were more prevalent in the first evaluation ($n = 16$), in the second and the third one, the psychological symptoms were the most prevalent ($n = 12$) and ($n = 13$) respectively. The results showed that the way the patients relate to the team and with its treatment, as well with as the changes resulting from AMI can positively or negatively influence adherence to the treatment.

Key - Words: cardiology, lifestyle, *stress*, treatment adherence.

APRESENTAÇÃO

Quando um pesquisador se propõe a estudar uma determinada problemática, acredito que seja necessário mais do que curiosidade, é necessário se possibilitar construir, desconstruir e reconstruir conceitos, saberes e hipóteses ao ponto dele apropriar-se de tal conhecimento e se ver no produto final de seu estudo.

Trabalhar com pacientes coronariopatas, se tornou mais do que querer compreender a sua dinâmica psicológica, se tornou um objetivo profissional, pessoal e acadêmico pelo respeito e admiração a esse paciente que padece de uma dor física, porém, carregada de emoções e sentimentos peculiares a sua história de vida e doença.

Desde a graduação, a área da saúde, mais especificamente a área hospitalar, sempre me despertou o interesse por ir além daquilo que se apresenta no físico, que é palpável e mensurável. Esse interesse ratificou-se quando então passei a atuar na área hospitalar, especificamente, no setor de cardiologia, aonde pude compreender no dia a dia que esses pacientes carregam consigo não apenas o peso de ter uma coronariopatia que modifica sua rotina, sua qualidade de vida, e sua identidade, mas carregam também o medo, a dor e angústia diante da única certeza que temos, porém que tentamos afastar da nossa vida: a morte. Estar isolado, perder o contato com familiares, estar com dor, com medo, depositando seu corpo e suas expectativas em uma equipe de saúde, faz com que cada um desses pacientes necessite muito mais do que uma medicação, necessite de atenção e acolhimento.

Toda essa percepção mais apurada surgiu após um desses pacientes ser a minha mãe. E foi quando compreendi que o paciente pode despir-se de suas roupas, de sua privacidade e de sua rotina no momento que adentra ao ambiente hospitalar, porém, seus sentimentos e sua história de vida vão junto. E são esses que influenciarão a forma como cada um avalia a sua experiência vivenciada e decide qual postura ou conduta adotará: ativo ou passivo no seu tratamento; aderindo ou não as orientações da equipe, modificando-se ou não diante da morte iminente presente na doença cardiovascular.

Esses questionamentos, a cada dia, sejam no ambiente familiar ou no ambiente de trabalho, ficavam cada vez mais nítidos, assim como o sentimento de impotência diante do “deixar escolher”. Orientar, cuidar e estar presente, parece não bastar, porém é o que era e se é possível fazer, enquanto profissional ou familiar. E

a decisão do paciente, ou no meu caso, da minha mãe, definiria todo o resto. E essa decisão pode acarretar tanto uma melhora na qualidade de vida e na saúde, como a ocorrência de novos eventos cardiovasculares.

Quando a escolha é então a não adesão, se origina um ciclo intermitente, com inúmeras reinternações, recorrentes eventos cardiovasculares e uma queda na qualidade de vida desse paciente; e é nesse ponto que o fator “curiosidade” se apresentou, a fim de avaliar por que diante de um evento cardiovascular, que acomete um corpo vulnerável, porém que pode ser tratado e evitar sua recorrência, o paciente escolhe não aderir.

Diante disso, não há como negar que a psicologia tem o papel fundamental em trabalhar com esse público, a fim de se compreender os seus aspectos psicológicos, aqui com ênfase ao *stress*, como facilitador ou agravante, que comprometem a saúde deste paciente e a sua adesão ao tratamento.

As pesquisas já desenvolvidas em relação ao *stress* trazem a percepção de que sua relevância é objeto de estudo cada vez mais frequente e necessário, visto que, o *stress* acomete cada vez mais o público em geral. Quando essa referência é feita aos pacientes coronariopatas, estudar esta relação do *stress* com sua saúde proporciona a inserção cada vez mais da psicologia na área médica e hospitalar, vendo cada paciente além de uma patologia ou de um diagnóstico: em sua totalidade.

A aprovação no processo seletivo para o mestrado e o aceite posterior da Dra. Marilda E. N. Lipp para ser minha orientadora, fizeram com que eu saísse da posição de profissional exclusiva da área da saúde para abrir novos caminhos na área acadêmica e de docência. Essa oportunidade me permitiu levar esses questionamentos, para uma produção científica que resultaram nesse estudo, que buscou avaliar a adesão ao tratamento de pacientes coronariopatas pós-infarto agudo do miocárdio relacionada ao *stress* e a mudança de hábitos de vida.

Com base nessa proposta, este estudo abordará os seguintes tópicos: introdução, com os temas: *stress*, fatores de risco e doenças cardiovasculares, hábitos de vida, tratamento e adesão do paciente. Para cada uma destas variáveis foram realizadas pesquisas bibliográficas, com a finalidade de identificar dados relevantes referentes aos temas. Em sequência, os objetivos geral e específicos; método utilizado, abrangendo: participantes, local da coleta de dados, instrumentos utilizados e procedimento e os resultados encontrados. E para finalizar, consta a

discussão dos resultados, as considerações finais, as referências utilizadas e os anexos.

Espera-se que esse estudo possa colaborar, ainda que de forma singela, com todo o conhecimento já produzido acerca da temática, nos níveis social, científico e acadêmico, porém, sabe-se que ele não finda aqui, e se propõe a criar outras discussões - a fim de possibilitar maior qualidade de vida a cada paciente coronariopata a partir do olhar da Psicologia.

INTRODUÇÃO

O *stress* tem sido considerado como um fator de risco para doenças cardiovasculares, um agravante para doenças já instaladas ou ainda uma influência na adesão ao tratamento e na mudança de hábitos de vida. Inicialmente, era compreendido como “Síndrome Geral de Adaptação”, termo proposto por Hans Selye em 1936. Já em 1939, Cannon, acrescentou o termo “homeostase” para definir o equilíbrio interno do organismo, quebrado quando acometido pelo *stress*.

Lipp (2003) traz o *stress* como um desgaste geral do organismo, uma reação psicofisiológica complexa, desencadeada por quaisquer eventos que confundam, amedrontem ou emocionem a pessoa profundamente. Essa reação produz sintomas que poderão ser de natureza física e/ou psicológica.

Como psicológicos estão: a ansiedade, cansaço mental, tensão, angústia, insônia, dificuldades os relacionamentos interpessoais, preocupação excessiva, incapacidade em relaxar, hipersensibilidade emotiva. Como físicos estão: aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, pressão arterial aumentada, náuseas, sensação de nó no estômago. Quanto maior a intensidade do nível de *stress*, maior o agravamento dos sintomas.

O *stress* é considerado um processo e não uma reação única, composto por alterações fisiológicas e psicológicas. Se desenvolve em quatro fases: alerta, resistência, quase – exaustão e exaustão que variam de acordo com a intensidade e frequência do(s) evento(s) estressor(es) (Lipp, 2003).

Fase de Alerta: ocorre na primeira exposição ao agente estressor. Alguns sintomas presentes são taquicardia, sudorese, diarreia passageira, insônia, hiperventilação, hipertensão arterial súbita e tensão muscular. Nessa fase, o organismo se prepara para luta ou fuga do desafio ou ameaça percebida. Mudanças hormonais ocorrem na produção aumentada de noradrenalina e adrenalina. Essa produção, quando não excessiva, provoca maior produtividade no ser humano, por isso é considerada a fase positiva do *stress*. Caso o evento estressor se afaste ou a situação seja normalizada, o corpo retoma sua homeostase. Porém, se o evento estressor se mantém, já demandando gasto maior de energia do corpo, compreende-se que o *stress* alcança a fase seguinte, de resistência.

Fase de resistência: ocorre quando há a necessidade, pelo organismo, de resistir a presença do evento ou situação *estressora* por período prolongado. Para que isso ocorra, há um aumento da capacidade de resistência e de gasto de energia, o que em consequência gera um desgaste generalizado do organismo. Dificuldades com a memória, mal estar generalizado sem causa específica, formigamento das extremidades, tontura, sensibilidade emotiva e irritabilidade excessivas são alguns sintomas presentes nesta fase.

Fase de Quase – Exaustão: nesta fase é comum haver uma oscilação entre momentos de bem estar e momentos de desconforto e cansaço. Aqui, órgãos mais vulneráveis geneticamente ou que por razões de doenças prévias se tornaram mais enfraquecidos são facilmente afetados. O corpo fica mais vulnerável a infecções e doenças pela queda do sistema imunológico, que se agrava na fase posterior.

Fase de exaustão: o *stress* alcança o limite do ser humano. Há um comprometimento social, profissional, pessoal e referente à saúde, como uma quebra total da resistência. Sintomas como diarreia, insônia, pressão alta e náusea são experimentados com mais frequência e maior intensidade que nas fases anteriores. Por ser uma fase grave, é necessário o auxílio profissional para que possa se reverter esse quadro.

Independente da fase em que se encontra, o *stress* traz consigo consequências psicológicas e físicas. Inicialmente com sintomas momentâneos e situacionais, que passam para sintomas mais intensos e excessivos como cansaço mental, apatia, indiferença emocional, hipertensão arterial crônica, alergias, obesidade dentre outros. Porém, nem sempre esses sintomas são reconhecidos ou tratados adequadamente. A pressa do dia-a-dia, as pressões externas e internas, as metas estabelecidas, as altas expectativas, a competitividade, entre outros fatores, acabam por tornar o *stress* como parte da rotina diária (Lipp, 1996 a).

Esses *estressores* diários podem ser externos ou internos. Os *estressores* externos, ou como podem ser chamados de fontes externas, são eventos ou situações pelos quais o indivíduo precisa passar e para isto desprender grande quantidade de energia que quebra a sua homeostase. Pode ser perda do emprego, gravidez, dificuldades financeiras, relacionamentos conturbados, responsabilidades em excesso, doenças na família, morte de alguém da família ou até mudança de hábitos pessoais, como parar de fumar ou iniciar novo tratamento - cada qual com

sua importância e intensidade, esses fatores podem agravar ou amenizar o *stress* no indivíduo, o que pode ser situacional ou acumulativo (Lipp, Malagris & Novais, 2007).

Uma das fontes externas que mais causa impacto no ser humano é a perda de um ente querido. Parkes (1998) traz que a perda pode não causar a dor física em si, mas sim causar desconforto e sentimentos de desamparo e desesperança que levam a tornar o corpo mais vulnerável a desenvolver doenças. Markham (2000) ilustra essa teoria na citação:

Já ouvimos falar de casos em que alguém morreu com o coração partido [...] o coração não se partiu, mas a tensão causada por manter a tristeza escondida do mundo externo pode ser o suficiente para afetar a pressão sanguínea, o coração e a vontade de viver daquele que ficou (p.14).

Características como perfeccionismo, pessimismo, alta exigência pessoal, pensamentos rígidos e estereotipados, altas expectativas, negativismo, alto nível de ansiedade, inassertividade, alta competitividade, hostilidade, insegurança são apenas algumas fontes internas de *stress*. Essas fontes internas surgem por meio de avaliações e interpretações dos eventos externos, que nada mais são que o modo de pensar e agir de cada indivíduo. Valores, modelo cultural, práticas parentais e meio social, são apenas algumas das variáveis que modulam a forma de avaliar e interpretar uma situação (Lipp, Malagris & Novais, 2007).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o *stress* é considerado o mal do século e chega a afetar 90% da população mundial. Por ser considerado um fator que torna o corpo vulnerável a doenças e não ser uma doença em si, ele necessita ser compreendido em todo o seu contexto e sua amplitude.

Questiona-se se o *stress* é causa ou consequência das doenças. A relação entre ele e as doenças cardiovasculares não responde objetivamente a essa questão, pois esta relação é considerada bidirecional, ou seja, situações *estressantes* podem ter influência no desencadear de doenças cardiovasculares, como o infarto; e por outro lado, as doenças cardiovasculares e seus sintomas podem gerar *stress* no paciente coronariopata (Moreno, Melo & Rocha, 2003).

Por haver a interação de outros fatores de risco cardiovasculares com o *stress*, não há como avaliar cada variável independentemente, e de forma unidirecional (Moreno, Melo & Rocha, 2003). Ou seja, ter *stress* pode afetar a alimentação do paciente, bem como aumentar seu consumo de cigarro e dificultar sua manutenção na atividade física. Da mesma forma, ter uma alimentação

inadequada, ser sedentário e fazer uso do tabaco como forma de lidar com as situações do dia-a-dia, são fatores que dificultam o gerenciamento do *stress*.

Estes fatores, muito frequentemente relacionados ao prazer, à recompensa e ao relaxamento, além de agravarem quadros de *stress* e de doenças cardiovasculares, apresentam-se como obstáculos na mudança dos hábitos de vida. Somado a isso, aspectos emocionais tais como a personalidade e o humor, além da não adesão ao tratamento, atuam de maneira direta ou indireta na evolução das cardiopatias (Gagliani & Luz, 2010, Silva & Pimentel, 2010).

O *stress* como fator de risco ou consequência das doenças cardiovasculares, é visto como uma ameaça ao paciente coronariopata. E para que a doença cardiovascular seja evitada ou tratada, há uma tendência a se construir um estilo de vida ideal, na busca da promoção de hábitos de vida mais saudáveis, porém, esse estilo de vida, pode ser difícil de ser alcançado por justamente o *stress* fazer parte da vida de cada um. Conseqüentemente, manter, ou alcançar esse modelo de estilo de vida pode tornar-se uma fonte de *stress* (Pereira & Avezum, 2010).

Fatores de risco e Doenças Cardiovasculares: o Infarto Agudo do Miocárdio

As doenças cardiovasculares (DCV) se tornaram a maior causa de mortalidade no Brasil e no mundo. Em 1990, 28% das mortes foram causadas por DCV, aumentando para 29% em 2001, o que representa uma estimativa de que em 2020 32% das mortes no mundo serão causadas por DCV (Braunwald, 2010).

É importante relacionar esse crescimento do número de pacientes com DCV com o ritmo de vida que se estabeleceu e é reproduzido diariamente. A rapidez no avanço tecnológico, o mercado de trabalho cada vez mais competitivo, as múltiplas exigências profissionais impostas, a busca pela perfeição e o individualismo crescente, são apenas alguns dos fatores que norteiam o crescimento desse índice de pacientes acometidos por essas doenças (Campos, 1992).

Esse contexto, para Siqueira (2007) reflete uma não adaptação do ser humano à sociedade que ele mesmo construiu, o que para o autor, contribui para o aumento da incidência de pacientes com DCV. E cada doença cardiovascular, causa grande impacto a nível social, econômico, emocional, físico e espiritual ao paciente.

Dentre essas doenças cardiovasculares, destaca-se nesse estudo, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), evento no qual ocorre a oclusão de uma ou mais artérias

coronarianas, podendo evoluir para necrose de uma porção do músculo cardíaco. Na grande maioria dos casos, a oclusão é causada por trombose¹ de uma das artérias coronarianas, cujo processo geralmente origina-se a partir da ruptura de uma placa ateromatosa², o que pode causar uma deficiência na contração do segmento de músculo cardíaco acometido (Braunwald, 2010). A incidência de eventos recorrentes de IAM gira em torno de 6% ao ano, sendo que, 50% dos pacientes com IAM já apresentavam alguma sintomatologia prévia de doença cardiovascular e 20% já tiveram um IAM prévio.

Acompanhando essa estatística ascendente, foram realizadas propostas de formas de tratamento para o IAM. E de acordo com a III Diretriz de Infarto Agudo do Miocárdio (2004), esse tratamento deve ser realizado em três fases: pré-hospitalar, hospitalar e pós – hospitalar.

O período pré–hospitalar compreende o início dos sintomas, desencadeado, na maior parte das vezes por esforço excessivo ou *stress* intenso, que culmina na busca por atendimento hospitalar emergencial. Já na fase hospitalar, é realizada a avaliação médica com o uso de eletrocardiograma, realizado na abordagem inicial com a chegada do paciente ao hospital e repetido conforme protocolos estabelecidos e juízo médico. O diagnóstico do IAM é realizado na presença de pelo menos dois entre três critérios: 1º. Apresentação clínica com quadro de dor precordial (torácica) em repouso ou desencadeada por esforço ou *stress* emocional; 2º. Alteração eletrocardiográfica típica; 3º. Alteração laboratorial de marcadores de necrose do músculo cardíaco que são liberados na corrente sanguínea após o dano celular. Na fase pós–hospitalar é estimulada a prevenção secundária a fim de se evitar novos eventos cardiovasculares, bem como a promoção da adesão a reabilitação cardiovascular, o que possibilita a retomada da vida social, profissional e pessoal do paciente. Nesse momento avaliar e compreender quais fatores de risco estão envolvidos é fundamental para que se promova a sua modificação quando necessária.

Os pacientes que passam por todo esse processo de acompanhamento e tratamento, podem ser divididos, desde a sua abordagem inicial, em dois grupos: os que trazem uma predisposição orgânica à doença e os que não trazem essa

¹Trombose: é o processo no qual se forma um trombo que oclui a artéria coronária (Braunwald, 2010).

²Ateromatose: é um processo proliferativo que leva obstrução progressiva de alguns vasos arteriais, principalmente a aorta, as carótidas e as artérias coronárias (Braunwald, 2010).

predisposição. Os que trazem, possuem maior probabilidade de desenvolverem uma coronariopatia precocemente, principalmente quando expostos a fatores ambientais que favorecem o surgimento ou agravamento dos fatores de risco. Já o segundo grupo, apesar de não apresentar essa predisposição, pode desenvolver uma DCV a longo prazo, dependendo da soma dos fatores ambientais, sociais, culturais e pessoais que podem tardar ou antecipar esse momento. Nos dois grupos, o que torna-se um agravante ou facilitador da doença ou da saúde, são os fatores de risco presentes. Quanto mais esse fator de risco for potencializado, maior será sua influência no agravamento da doença (Campos, 1992).

Do ponto de vista epidemiológico, esses fatores de risco são características que podem estar presentes já no início da vida, podendo estar associados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença cardiovascular. Esses fatores de risco passaram a ser conhecidos principalmente após o consagrado estudo de Framingham (2006), no qual foi apresentada a importância de alguns fatores de risco no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Este estudo, que teve início em 1948, surgiu como algo inovador diante do pouco que se sabia a respeito das causas gerais das doenças cardiovasculares. O objetivo do estudo era identificar possíveis fatores comuns para as DCV em um grupo de participantes que ainda não apresentavam sintomatologia ou histórico de DCV. Esse estudo com caráter longitudinal se estende até os dias atuais.

Durante esse tempo, novas gerações de pacientes foram avaliadas, e a hipertensão arterial, o colesterol alto, o tabagismo, a obesidade, o diabetes e o sedentarismo - e mais tarde, a idade, o gênero e os aspectos psicossociais tornaram-se o que hoje se conhece por fatores de risco às doenças cardiovasculares.

Segundo Braunwald (2010), os fatores de risco podem ser modificáveis ou não modificáveis. Os fatores de risco, como o *stress*, alimentação inadequada, obesidade, sedentarismo, tabagismo, pressão alta, diabetes mellitus, dislipidemia, podem ser modificáveis. Por outro lado, há os fatores de risco como gênero, idade, hereditariedade e raça, que apesar de não serem modificáveis, necessitam ser compreendidos pelo paciente para conhecer sua influência nas doenças cardiovasculares. A partir dessa compreensão, é que se considera a doença cardiovascular como sendo multifatorial (Gagliani & Luz, 2010; Gianotti, 2002).

Além do *stress* citado anteriormente, os demais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares são:

Tabagismo:

Considerado um dos fatores de risco mais prevalente entre a população em geral, é formado pela inter-relação entre ação química, características da personalidade e fatores sociais, e é responsável por 25% dos IAM (Ismael & Quayle, 2003). Apesar de ser avaliado como um fator modificável e evitável, há uma projeção de que em 2.030 1,6 bilhões de pessoas serão fumantes a nível mundial, o que remete ao aumento do número de pacientes com doenças cardiovasculares.

A literatura aponta que, fumantes tem duas vezes mais chances de desenvolver uma doença cardiovascular e tem menor probabilidade de sobreviver a um infarto quando comparados a não fumantes (Braunwald, 2010; Straub, 2005). Porém, após a ocorrência de um evento cardiovascular como o IAM, 50% dos pacientes param de fumar após o IAM. Mas, esse cessar do hábito de fumar, nem sempre se mantém, e as recidivas acontecem em média de 40 a 75% dos pacientes, segundo dados apresentados no Consenso sobre tratamento do pós-infarto do miocárdio da Sociedade Brasileira de Cardiologia (1995).

Para Ismael (2007), essas recidivas podem ser trabalhadas com cada paciente ressaltando não a sua recaída, mas sim, utilizando-se do motivo que o levou a recair para analisar sua dinâmica a fim de evitar outras futuramente. E esse trabalho parte de uma proposta multidisciplinar, na qual, o paciente necessita sentir-se acolhido e motivado.

O ato de parar de fumar, porém, é visto com grande dificuldade pelos pacientes, seja pela dependência física ou psicológica. Diminuição da ansiedade, da sensação de fome, e o aumento do prazer e do rendimento das tarefas são apenas alguns efeitos positivos citados pelos pacientes que fazem uso do tabaco. Além do hábito de fumar propriamente dito, o tabagismo é entendido como um condicionamento situacional, como em situações de *stress* ou até mesmo em situações sociais conforme apontam Ismael e Quayle (2003).

Diabetes Mellitus:

Está relacionado a incapacidade do corpo produzir ou utilizar de forma adequada a insulina, a qual converte açúcares e amido em energia, segundo Straub (2005). Em relação às doenças cardiovasculares, os pacientes com diabetes têm

uma probabilidade duas a oito vezes maior de ter um evento cardiovascular quando comparados aos pacientes que não tem diabetes (Braunwald, 2010).

Existem dois tipos de diabetes: o tipo I, caracterizado pela inabilidade do pâncreas em produzir insulina, que geralmente surge na infância e o corpo não consegue regular o nível de açúcar no sangue o que conseqüentemente, dificulta o metabolismo da glicose. Já o tipo II, presente em 90% dos pacientes diabéticos, geralmente surge na idade adulta e se caracteriza pela sua resistência à insulina e pelo número reduzido de seus receptores (Braunwald, 2010).

Este fator está relacionado a uma causa multifatorial, que pode advir de uma nutrição inadequada (rica em gordura, alimentos industrializados), do sedentarismo, do *stress* e da obesidade. O que se conclui que, ter hábitos de vida saudáveis, a partir do cuidado com a alimentação, da prática de atividades físicas regulares e do controle do peso, pode auxiliar no controle do diabetes, além do uso da medicação adequada quando necessário (Straub, 2005).

Dislipidemia:

Refere-se ao perfil lipídico do paciente, formado pelos indicadores de colesterol total, HDL-col, LDL-col e triglicérides, e está associado ao sedentarismo, alimentação inadequada e vulnerabilidade genética. Seu controle pode ser promovido tanto a partir do tratamento medicamentoso, mas principalmente, na prática de hábitos saudáveis.

A IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007) preconiza valores de colesterol total < 200mg/dl, colesterol HDL >40 mg/dl para homens e > 50 mg/dl para mulheres, LDL < 130mg/dl e triglicérides <150mg/dl. O LDL – colesterol, também conhecido como o “mau colesterol”, quando elevado, é o principal responsável pelo crescimento de placas de gordura no interior das artérias e dos vasos. Este fator pode ser controlado iniciando-se uma reeducação alimentar, juntamente com a medicação, quando necessário. Em pacientes com alto risco de desenvolverem uma doença cardiovascular ou terem eventos recorrentes, há a necessidade de metas específicas do perfil lipídico.

Sedentarismo:

Indivíduos com mais idade, e que tenham maior risco para doença cardiovascular, tem uma maior tendência em não realizar atividades físicas regulares. Esse fator influencia outros fatores de risco como a obesidade, a hipertensão, o diabetes e o colesterol alto (Braunwald, 2010).

Em seu estudo, Faludy, Mastrocolla e Bertolami (1996) perceberam que indivíduos que realizam exercícios físicos regularmente reduzem em até 55% o risco de terem um IAM quando comparados a pacientes sedentários. A prática de atividade física regular é considerada uma das mais eficazes medidas na prevenção das doenças cardiovasculares, justamente por influenciar outros fatores de risco com igual importância (Silva, Souza & Schargodsky, 1998).

Obesidade:

A obesidade está associada às comorbidades que afetam diretamente a incidência da DCV, como a dislipidemia, a hipertensão e o diabetes mellitus. Foi a partir do estudo de Framingham que a obesidade foi considerada como um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares. Isso quer dizer que, apenas pela presença desse fator de risco, a possibilidade do indivíduo desenvolver uma doença cardiovascular já aumenta. Porém, frequentemente, a obesidade vem associada a sedentarismo, diabetes e pressão alta (Zanella, 2005).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009), a classificação para definir se o paciente está ou não obeso é realizada a partir das definições da Organização Mundial da Saúde (2000) como mostra a Tabela 1:

Tabela 1 - Classificação de peso pelo IMC

Classificação	IMC (kg/m₂)	Risco de comorbidades
Baixo Peso	<18,5	Baixo
Peso Normal	18,5 – 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré – obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito Grave

Fonte: Dados obtidos a partir das Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009).

A causa da obesidade é multifatorial, sendo a soma de questões genéticas, ambientais, hábitos de vida e fatores emocionais, tais como o *stress*, ansiedade, e a depressão. Faz-se necessário o tratamento de pacientes que estejam obesos a partir da reeducação alimentar, além de um acompanhamento desse paciente a longo prazo, para proporcionar-lhe suporte tanto na mudança do hábito quanto na sua manutenção (Diretrizes Brasileiras de Obesidade, 2009; WHO, 2003).

Hipertensão Arterial:

A hipertensão arterial, ou pressão alta é definida pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010) como sendo:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (p.1).

O nível da pressão arterial pode variar, seja pelo critério de idade (mais baixa em crianças) ou pelo esforço físico ou situação de intensa carga emocional. Considera-se que uma pressão arterial normal, seria o nível mais baixo desejável que possibilite a troca de oxigênio com os tecidos sem esse provocar danos cardiovasculares (Lipp & Rocha, 2007; Soares, 2005).

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010) classificou os valores pressóricos desde a pressão considerada ótima a limítrofe, essa última, causadora de lesões e comprometimentos cardiovasculares, de acordo com os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial.

Classificação	Pressão Sistólica mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85-89

Fonte: VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010)

O processo de cronicidade da hipertensão arterial caracteriza-se por apresentar história natural prolongada, influência multifatorial, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente. E sua evolução sem tratamento e acompanhamento pode evoluir para maiores complicações como o AVC e o IAM (Pierin, 2001).

Educação em saúde, orientação sobre os benefícios do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, informações sobre os eventos adversos, ajustes posológicos, norteiam uma atenção necessária que parte da intervenção da equipe de saúde. Além de cuidado e atenção individualizada, atendimento médico facilitado, boa relação equipe e paciente e intervenção multidisciplinar colaboram

para uma melhor adesão do paciente em relação ao tratamento. Todos esses cuidados são algumas sugestões encontradas na VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010).

Gênero:

A incidência de doenças cardiovasculares é em média de 50% para homens e 30% para mulheres ao longo da vida. Porém, o número de mulheres com risco cardiovascular aumenta após a menopausa. Essa diferença de gênero e aumento do risco em mulheres após a menopausa se dá principalmente em relação à mudança na produção hormonal (Straub, 2005).

A testosterona está relacionada ao agravamento do risco cardiovascular por influenciarem negativamente no aumento da pressão arterial em situações de *stress* e raiva, por exemplo. Além disso, a testosterona aumenta os níveis de colesterol LDL e diminui o colesterol HDL. Em contrapartida, o estrógeno reduz o colesterol LDL e aumenta o HDL, o que possibilita uma maior proteção à mulher em etapa reprodutiva em relação ao risco de doenças cardiovasculares, o que não quer dizer que este risco não ocorra justamente por esta doença ser de causa multifatorial.

Segundo Smanio (2009), há evidências de que a reação ao IAM também apresenta-se diferente no homem e na mulher; enquanto as mulheres culpam-se por terem infartado, os homens responsabilizam seu trabalho. A autora apresenta ainda diferença na mudança dos hábitos de vida e na presença de fatores de risco. As mulheres, segundo ela, apresentam maior prevalência de hipertensão arterial, maior frequência em relação ao sedentarismo, à dificuldade de perda de peso e a dificuldade em parar de fumar.

Idade:

A idade avançada é considerada um fator importante no desencadeamento da doença cardiovascular. O risco aumenta conforme o avanço da idade, porém, em relação aos homens o risco é maior, em média, após seus 50 anos, já nas mulheres, o risco aumenta após os 60 anos de idade. Em média, 50% das vítimas dessas doenças, têm mais que 65 anos de idade (Straub, 2005).

Antecedentes Familiares:

A história familiar do paciente é considerada um importante preceptor da ocorrência de doenças cardiovasculares. Essa relação ocorre principalmente em pacientes com grau de parentesco mais próximo.

O fator genético influencia também na ocorrência dos demais fatores de risco para as DCV, como o tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes (Silva, 1996). Por ser um fator de risco não modificável, não há como controlá-lo, sendo então necessário promover o controle dos demais fatores (Straub, 2005).

Infarto Agudo do Miocárdio: tratamento e adesão do paciente

Quando um paciente busca tratamento, ele pode ter dois objetivos *a priori*: tratar-se ou apenas obter alívio. A falta de adesão ao tratamento após o IAM é compreendido como um fator agravante no aumento do risco da ocorrência de novos eventos cardiovasculares. E apesar de não ser uma questão fácil de ser avaliada, pela ausência de um padrão único para mensurá-la, é necessária que seja abordada como uma variável contínua, através de padrões de confiança e validade, a fim de que haja uma observação de todas as variações de caráter comportamental que influenciam nessa conduta (Silva & Machado, 2008; WHO, 2003).

A adesão ao tratamento pode ser compreendida como um processo multifatorial que ocorre entre o profissional, paciente e proposta terapêutica, no grau de concordância entre a orientação que é recebida pelo paciente e sua conduta frente a essa. A falta de adesão em seu extremo é avaliada com o abandono do seguimento pelo paciente (Gusmão, Ginani, Silva, Ortega & Mion, 2010; Silveira & Ribeiro, 2005).

Dos pacientes que acabam falhando na adesão ao tratamento, 38% do total estão inseridos num tratamento de curta duração e esse valor aumenta em tratamentos de longa duração, chegando a 43% do total, e a 50% em seis meses. A situação se agrava quando há a necessidade de mudança dos hábitos de vida, considerada um dos grandes impeditivos à adesão, pois chega a alcançar 75% o número de pacientes que não aderem a esse tratamento (Krasilcic, 2001; Oigman, 2001; Silva & Machado, 2008).

DiMatteo (2004) traz em seu estudo resultados que apontam, que a taxa em média de desistência ao tratamento é de 24,8%. Em doenças como HIV, artrite, distúrbios gastrointestinais e câncer, a adesão é maior quando comparada nas doenças pulmonares e cardiovasculares. Essa diferença, segundo o autor, ocorre, pois quando há um risco de vida iminente ou um comprometimento acentuado da

qualidade de vida do paciente quando suspensa a medicação, a adesão é muito maior do que nas demais doenças.

Para Gusmão *et al*, (2009), há cinco fatores principais que podem influenciar na adesão ao tratamento: fatores relacionados ao paciente, ao cuidador, ao tratamento, ao sistema de saúde e à doença. Compreende-se que, quanto maior o suporte oferecido pelo cuidador, mais fácil torna-se a adesão; da mesma forma, o papel do paciente em relação a como enfrenta e significa a sua doença, a sua gravidade e cronicidade, vão influenciar positiva ou negativamente na sua adesão. Em relação ao sistema de saúde e a equipe, é na relação com a equipe principalmente que adesão pode ser alcançada, bem como, na disponibilidade dos serviços de saúde.

Já os fatores relacionados ao paciente estão presentes a negação da doença, crenças próprias, idade jovem, isolamento social, doenças psiquiátricas, sexo masculino, baixo nível educacional, insuficiente informação sobre a doença, falta de comprometimento e falhas nas consultas agendadas. Outros fatores são em relação ao médico, na consulta breve, no aumento da dose da medicação, no longo tempo entre as consultas e a escassa orientação educacional sobre a doença; e em relação ao tratamento, com as prescrições complexas e de difícil entendimento, na longa duração do tratamento, nos efeitos colaterais e nos custos do tratamento. (Burnier, 2006; Prujim, Schenider & Burnier, 2010).

Péres, Magna e Viana (2003), sugerem que a não adesão parte de crenças e preferências do paciente, e que influenciam na motivação para iniciar e continuar o tratamento. A falta de compreensão das orientações passadas pela equipe, a falta de crença na eficácia do tratamento, falta de apoio familiar e fatores do sistema de saúde podem agravar ainda mais essa não adesão.

Por não aderirem ao tratamento após um evento cardiovascular, muitos pacientes colaboram com o aumento da possibilidade da ocorrência de um novo evento, elevando os índices de mortalidade e morbidade. De 10 a 20% dos pacientes coronariopatas vem a óbito ainda no primeiro ano de evolução da doença, aumentando para 50% em cinco anos (Boschco & Mantovani, 2007).

Para se avaliar se há uma adesão ao tratamento por parte do paciente, propõe-se a utilização da sua história de vida como a principal fonte de informação. É no discurso que se pode avaliar se o paciente está seguindo as orientações prescritas a ele ou não. Da mesma forma, podem ser avaliadas suas estratégias

para lidar com a doença, suas expectativas e motivações, que vão influenciar sua postura frente ao tratamento (Fang & O’Gara, 2010; Gusmão *et al*, 2009).

Concordante a essa proposta, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) preconiza que, para se avaliar a adesão ao tratamento, é necessário combinar o relato pessoal do paciente somado a medidas objetivas razoáveis. E que este tratamento necessita ser uma parceria entre profissional e paciente, em que haja uma partilha de possibilidades, escolhas, e decisões que sejam aplicáveis, reais e que envolvam não uma imposição, mas sim, uma troca.

Realizar uma abordagem aberta e centrada no paciente, de forma não crítica e punitiva, que o estimule a discutir suas dúvidas e preocupações acerca de seu tratamento com a equipe responsável, são formas de se buscar uma boa adesão ao tratamento (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

O tratamento do IAM inclui quatro áreas fundamentais no período imediato após o evento: (1) providenciar ao paciente informação acerca do IAM e fatores de risco associados e um plano de recuperação; (2) desenvolver métodos produtivos para o paciente poder lidar de modo mais adequado com o *stress* e depressão, decorrentes do seu estado de saúde; (3) modificação necessária no estilo de vida; (4) retomar as atividades normais (McIntyre, Fernandes & Araújo - Soares, 2000).

Como uma proposta à dificuldade que muitos pacientes encontram na adesão ao tratamento proposto por parte de seus médicos, estudos que visem compreender o papel do paciente em relação ao seu tratamento tornou-se um desafio que se encontra em aberto, que precisa ser pensado a partir de medidas e práticas educativas e motivacionais com abordagem mais efetiva.

Pesquisas na área da saúde desenvolvidas para compreender os significados e as representações subjetivas dos pacientes em relação ao IAM, apontaram que além de ser um acontecimento inexplicado, causador de dor e sofrimento e que remete a morte iminente, esse evento pode significar uma nova chance, uma oportunidade para modificar seus hábitos de vida, suas prioridades e escolhas. Cada significado atribuído surge do discurso decorrente de valores sociais e individuais de cada paciente. Compreender as significações remetidas à doença cardiovascular, bem como, a percepção das necessidades de cada sujeito a partir da análise de seu discurso é o ponto de partida à assistência integral que objetiva minimizar o sofrimento e a dor de cada paciente (Albuquerque, 2008; Marques & Araújo, 2007; Santos & Araújo, 2003).

Compreender sua história, sua cultura e principalmente seus hábitos de vida, pode nortear todo o tratamento e uma possível resistência que o paciente venha a desenvolver. Afinal, mudar hábitos de vida tem se apresentado como um dos grandes obstáculos no tratamento das doenças cardiovasculares.

Mudança de Hábitos de Vida: é possível aderir e manter?

Segundo Bruno (2006) “Hábito é uma disposição aprendida, adquirida pela repetição frequente de um ato” (p.65). Considerando que esse hábito pode ser ou não saudável, é necessário compreender o que o promove, o que o mantém e o que pode modifica-lo a partir do relato do paciente. Para que haja uma mudança nos hábitos adquiridos, o paciente necessita perceber a ameaça à sua saúde e acreditar na eficácia do tratamento e na equipe que o acompanha (Ismael & Quayle, 2003).

Para Pickering, Clemow, Davidson e Gerin (2003), as doenças cardiovasculares se desenvolvem a partir de hábitos de vida não saudáveis. E a soma destes à presença de estressores psicossociais agravam ainda mais a saúde do paciente. Por outro lado, hábitos saudáveis são determinados por fatores relacionados à influência social, emocional, cultural e cognitiva.

Ensinar estratégias comportamentais ao paciente é uma forma de promover essa mudança, e o que se percebe é que todo indivíduo tem condições de adquirir e manter comportamentos de saúde, aderindo ao tratamento proposto. E em função de haver essa possibilidade que Moraes, Rolim e Costa Jr (2009) trazem quatro questionamentos interessantes: entre o dito pelo profissional e o feito pelo paciente, qual foi o resultado? Como esse paciente avalia e lida com a meta de ser saudável? Qual a sua motivação para cuidar de si e de sua saúde? E qual o custo para atingir essa meta?

Esses questionamentos trazem a noção de que é necessário mudar, porém não é tarefa simples, nem para quem orienta e nem para quem necessita mudar. Pois, se educar a população sobre saúde e estilo de vida saudável é um grande desafio, modificar os hábitos já existentes a partir de uma reeducação é um desafio ainda maior. Para isso, é fundamental que a abordagem seja multiprofissional, para que o tratamento desses pacientes não seja unicamente medicamentoso, a fim de promover melhores resultados (Berry & Cunha, 2010; Campos, 1992).

Modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de ser e viver do paciente. Sua concepção de saúde criada a partir da vivência e experiência pessoal, relacionada com crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos vão influenciar negativa ou positivamente a relação que estabelecer com sua doença e com seu tratamento. Pois, acreditar que ser saudável é apenas não fazer uso de medicação, ou que apenas a medicação é o tratamento, diferencia a forma como cada paciente irá aderir ou não ao tratamento e a qual tratamento (Jardim, Souza & Monego, 1996).

Um estudo realizado por Scherr, Cunha, Magalhães, Abitibol, Barros e Cordovil (2010), com 2.337 pacientes com diagnóstico de doença arterial coronariana, objetivou testar a efetividade de um programa multidisciplinar que visava modificar hábitos de vida e fatores de risco para aterosclerose a partir de palestras de como e por que controlar os fatores de risco. Os resultados apontaram que após a intervenção multiprofissional houve um aumento de pacientes que passaram a ter uma atenção voltada à sua alimentação; a realizar atividade física diariamente e a reduzir ou cessar o hábito de fumar. Esses dados confirmam a hipótese de que uma intervenção multiprofissional com uma proposta de orientar e informar seus pacientes sobre sua doença, seus fatores de risco e sua forma de cuidado e controle podem trazer benefícios à saúde.

Porém, mudar, construir e alcançar um ideal de mudança de hábitos de vida nem sempre é algo fácil. E conforme poetiza Siqueira (2007):

Como lidar com os infortúnios da vida? Não há uma receita definida, apenas algumas normas sensatas [...]. Valorize os bens que já possui. A vida é feita de pequenas conquistas e não de projetos mirabolantes. [...] E a mais marcante característica dos seres humanos é a imperfeição, portanto, seja tolerante (p.269).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar se ocorrem mudanças nos hábitos de vida e na incidência de *stress* em pacientes recém infartados, como parte da adesão ao tratamento, em função da passagem do tempo.

Objetivos Específicos

- a) Avaliar o nível de *stress* no primeiro, terceiro e sexto mês após o IAM;
- b) Identificar possíveis fatores de risco como: antecedentes familiares, sedentarismo, obesidade, perfil lipídico, idade, gênero, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infartos antecedentes, tabagismo e *stress*; antes e após o IAM;
- c) Averiguar quais são os hábitos de vida desse grupo antes e depois do IAM;
- d) Compreender de que forma a relação do paciente com sua doença e tratamento interfere positiva ou negativamente na sua adesão;
- e) Averiguar dentre essas variáveis, quais as possíveis principais dificuldades em aderir ou manter-se no tratamento.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 31 pacientes, sendo 5 mulheres e 26 homens, com idade entre 40 a 81 anos de idade, com idade média de 55,94 anos ($dp^3 = 8,93$), que tiveram o diagnóstico de recente infarto agudo do miocárdio, internados no setor de cardiologia ou unidade coronariana do Hospital de Clínicas da UNICAMP de Campinas – SP⁴, encaminhados por médicos do setor. Desse total, apenas 28 participantes realizaram as três avaliações completas, os três participantes restantes foram a óbito antes da conclusão da coleta dos dados, o que inviabilizou o uso de suas informações nas análises comparativas dos três momentos.

Critérios de Inclusão da Amostra

- Ter idade maior que 18 anos;
- Com diagnóstico atual de IAM, motivo desta internação;
- Não estar em um programa de reabilitação cardiovascular;
- Concordar em participar da pesquisa espontaneamente.

Critérios de Exclusão da Amostra

- Apresentar transtorno psiquiátrico grave previamente diagnosticado, que pudesse comprometer a participação do paciente;
- Pacientes que não desejassem dar continuidade ao estudo posteriormente.

Material

Para a realização do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A):

³ Desvio Padrão.

⁴ O nome da instituição foi citado a pedido e acordado com o comitê de ética.

Elaborado com base nas normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Federal de Psicologia em dezembro de 2000, com o propósito de apresentar de forma clara e simples os objetivos do estudo ao participante, seu papel como voluntário, o que lhe garantia o direito de poder a qualquer momento desvincular-se do estudo, bem como a forma de desenvolvimento do estudo, seus riscos, benefícios e responsabilidade da pesquisadora em relação aos dados coletados, garantindo a ética e o sigilo dessas informações. O termo era entregue em duas vias para assinatura do participante, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o participante, para que pudesse também ter acesso a contatos com o comitê de ética local e pessoal da pesquisadora caso fosse necessário.

Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 2000):

Elaborado por Lipp (2000), padronizado e normatizado, tem o objetivo de identificar de modo objetivo os sintomas físicos e psicológicos de *stress* que o paciente apresenta, bem como em que fase do *stress* ele se encontra. De fácil e rápida aplicação, os sintomas são organizados em três quadros em ordem crescente de tempo e agravamento dos sintomas, em que a duração do agente *estressor* e a sua intensidade determinam se o paciente possui ou não *stress*, a fase em que se encontra e em que área predomina (física ou psicológica).

A ordem do teste a partir dos três quadros foi estruturada da seguinte forma: o primeiro momento refere-se a sintomas físicos e psicológicos experimentados nas últimas vinte e quatro horas com doze sintomas físicos e três psicológicos, que corresponde a fase de alerta; o segundo momento corresponde a sintomas experimentados durante a última semana composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, referente a fase de resistência e de quase – exaustão, e o terceiro momento corresponde a sintomas experimentados durante o último mês composto por doze sintomas físicos e onze psicológicos, correspondente a fase de exaustão. Pode ser utilizada com jovens e adultos, em grupo ou individual.

A correção do instrumento, bem como a avaliação das respostas, é realizada com o uso de tabelas que constam no manual do inventário, que transformam dados brutos em porcentagem, que facilita a análise dos dados coletados.

Este instrumento foi validado em 1994 por Lipp e Guevara em um estudo com 1.843 respondentes, todos adultos, no qual o teste demonstrou alta confiabilidade e consistência para o seu conceito intencional. Posteriormente em 2000, foi então padronizado e publicado para o Brasil. Utilizado em inúmeras pesquisas, o instrumento comprova sua eficácia e relevância para o diagnóstico do *stress*.

Roteiro de Entrevista (Anexos C e D):

Este instrumento foi utilizado para coletar informações a respeito de cada participante, desde dados de identificação ao conhecimento de seus hábitos de vida. Este roteiro foi criado a partir de uma adaptação do roteiro elaborado por Vilela (2008) a partir das variáveis e instrumentos propostos por Duarte (2002); Bittencourt, Chaves, Amado, Mendonça, Oliveira, e Antunes, (2004); Cherrington (2004) e Oliveira (2004), e testado em um estudo piloto.

O roteiro abrange: identificação e dados sócio – demográficos; história médica / quadro clínico atual; antecedentes familiares; hábitos de vida, tais como: atividade física, alimentação, tabagismo, além de poder compreender os significados da doença e a forma como cada paciente relacionava-se com ela, seu tratamento, suas mudanças posteriores ao evento e retomada de atividades. Essas questões foram de suma importância para possibilitar uma maior flexibilidade ao paciente para que ele pudesse falar abertamente sobre o assunto e averiguar se a compreensão da doença, do quadro médico, do tratamento, e das mudanças a serem realizadas poderiam ou não influenciar na sua adesão. Desta forma, buscou-se estudar com este instrumento, dificuldades ou fatores que poderiam influenciar na adesão ao tratamento.

As avaliações realizadas no segundo e terceiro momento do estudo foram modificadas a fim de não repetir dados já coletados no primeiro momento tais como: dados sócio demográficos, antecedentes familiares, presença de outros eventos cardiovasculares anteriores e dados médicos. Esses dados, mais precisamente os laboratoriais foram retirados após o projeto passar pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas da UNICAMP⁵, visto que foi questionado a forma como seriam coletados os exames necessitando de autorização do laboratório e orçamento para a realização destes, o que se tornou um empecilho pois muitos destes pacientes

⁵ Aceite do comitê de ética (ANEXO B)

poderiam não apresentar os exames na data avaliada. Os dados laboratoriais serviram para avaliar a presença de fatores de risco

Juízes

Para a análise de conteúdo das perguntas abertas do roteiro de entrevista, foram convidados três alunos de mestrado, todos psicólogos, e uma aluna de doutorado, também psicóloga, do curso de pós-graduação em psicologia da PUC – Campinas que participaram da categorização das respostas.

Local da coleta de dados

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da UNICAMP de Campinas – SP. A primeira avaliação acontecia junto ao setor de enfermagem de cardiologia e unidade coronariana. As avaliações seguintes foram realizadas na unidade coronariana na sala de reuniões disponibilizada pelo setor de cardiologia.

Procedimento

Para início da coleta, os objetivos do estudo foram apresentados informalmente aos residentes do setor de cardiologia, bem como os critérios pré-definidos para triagem dos pacientes. Os pacientes eram avaliados pelos residentes e encaminhados para o estudo.

Inicialmente era apresentada ao paciente a proposta do estudo, com seus objetivos, condições, benefícios e andamento da pesquisa para as avaliações seguintes. Quando concordavam, era então apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, uma que ficava com o paciente ou seu familiar e uma como registro do estudo com a pesquisadora. Após esse passo, era preenchido o roteiro de entrevista pela própria pesquisadora para que observações e dados pudessem ser acrescentados além dos questionados no roteiro. Esse roteiro era aplicado antes do teste para que o teste não influenciasse nas respostas da entrevista. Após a aplicação dos instrumentos era combinado que três meses passados, a pesquisadora entraria em contato com o paciente para que uma nova avaliação pudesse ser realizada, e novamente após 6 meses outra avaliação, para

que pudesse, avaliar se houve alguma mudança nos hábitos de vida e na incidência de *stress* com a passagem do tempo. Após cada avaliação a pesquisadora agradecia a colaboração voluntária do participante.

A coleta dos dados foi realizada de janeiro a setembro de 2011 na enfermaria de cardiologia e na unidade coronariana do hospital. Para a primeira avaliação, duas vezes por semana a pesquisadora estava presente nos setores para a coleta dos dados, já as avaliações posteriores (em três e seis meses pós IAM) eram agendadas por telefone com cada paciente para datas e horários disponíveis para este. Nesse momento houve muita dificuldade para agendamento do retorno, seja por motivos de saúde, financeiro, de transporte ou familiar. Porém, todas as avaliações foram realizadas. Vale pontuar que todos os pacientes responderam as avaliações pessoalmente, com exceção de três que apenas puderam responder a avaliação por telefone, por serem de cidades distantes ou estarem acamados impossibilitados de virem ao hospital, outros dois que vieram a óbito logo após a primeira avaliação e uma logo após a segunda avaliação.

Inicialmente o projeto do estudo tinha o propósito de ser desenvolvido com 15 homens e 15 mulheres, com idade entre 35 a 60 anos, porém, no decorrer da coleta de dados, percebeu-se que: haviam poucas mulheres participantes do estudo e a idade de 60 anos pré – estabelecida impedia que outros pacientes com idade acima pudessem participar. Desta forma, o estudo não pode apresentar essa divisão por gênero pela ausência de pacientes mulheres, e a idade de inclusão foi modificada para maiores de 18 anos.

A análise dos dados seguiu a técnica de métodos mistos, onde há dados quantitativos e qualitativos. Para descrever o perfil da amostra, segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (*n*) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparar as variáveis categóricas entre as 3 avaliações foi utilizado o teste de Cochran seguido do teste de McNemar para comparação entre 2 avaliações. Para comparar as variáveis numéricas ou ordinais entre as 3 avaliações foi utilizado o teste de Friedman, seguido do teste de Wilcoxon para amostras relacionadas para comparação entre 2 avaliações, devido à ausência de distribuição

normal das variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Para análise estatística foi utilizado o programa computacional: The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

Para análise das questões abertas do roteiro de entrevista, utilizou-se a análise de conteúdo segundo o método de Bardin (2004), que apresenta uma descrição objetiva, qualitativa e sistemática dos discursos dos participantes. Inicialmente houve uma organização da análise, na qual todo o material coletado é organizado para posterior leitura flutuante do texto. Após essa leitura, foi realizada a codificação dos dados, transformando dados brutos em unidades de análise ou de registro, e por fim, foi feita a categorização, que traz uma representação simplificada dos dados coletados. Essa análise contou com a colaboração de dois psicólogos, alunos de mestrado e uma aluna psicóloga, aluna de doutorado no papel de juízes.

As devolutivas foram organizadas a partir de um *folder* informação, contendo: os resultados do ISSL das três avaliações e orientações sobre como gerenciar o stress a partir do treino de controle do stress de Lipp. Esse treino possui quatro pilares de tratamento a partir de relaxamento, reeducação alimentar, prática de atividade física e reestruturação cognitiva. Seu objetivo é de promover habilidades nos pacientes de lidar com o stress promovendo uma melhora em sua qualidade de vida (Lipp, 2005). Além disso, foram expostas recomendações de prevenção secundária em relação aos hábitos de vida e fatores de risco, e de reabilitação pós – hospitalar baseadas na III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004). Todas as devolutivas foram enviadas por correio ou e-mail para cada paciente que concordou em recebê-las.

RESULTADOS

Serão apresentados inicialmente os dados sócio demográficos, história médica, antecedentes familiares, hábitos de vida quantitativos, e posteriormente, a análise de conteúdo, com fragmentos dos discursos dos pacientes, identificados de acordo com gênero e idade.

Apresentação dos dados quantitativos

A amostra inicial foi composta de 31 participantes, porém com a passagem do tempo, entre as avaliações, houveram três óbitos, dois no primeiro trimestre e um no segundo trimestre. Do total inicial, 83,87% (n=26) são homens, com idade média de 55,94 anos, mínima de 41 anos e máxima de 81 anos (dp = 8,93). Do total da amostra, houve maior frequência no ensino fundamental incompleto com 67,74% (n=21) e em relação ao estado civil 77% (n=24) eram casados (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra a partir dos dados sócio - demográficos

Distribuição dos Participantes		n	%
Gênero	Masculino	26	83,87
	Feminino	5	16,13
Idade	40 – 59	22	70,97
	≥ 60	9	29,03
Estado Civil	Casado	24	77,42
	Separado	3	9,68
	Amasiado	2	6,45
	Viúvo	1	3,23
	Solteiro	1	3,23
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	21	67,74
	Ensino Fundamental Completo	3	9,68
	Ensino Médio Completo	3	9,68
	Ensino Superior Completo	2	6,45
	Ensino Médio Incompleto	1	3,23
	Ensino Superior Incompleto	1	3,23

No que se refere à ocupação profissional atual, 58,06% (n=18) estavam empregados no momento da avaliação e apenas 3,23% (n=1) estava desempregado. Apesar do alto índice de aposentados 38,71% (n=12), muitos ainda estavam ativos em afazeres informais ou domésticos. Dos que estavam empregados, 9,68% (n=3) tinham mais de um emprego. Verificou-se também que houve uma maior frequência com 90,32% (n=28) de participantes que não tiram férias. Relacionado ao lazer, 77,42% da amostra (n=24) não tem qualquer atividade de lazer como forma de relaxamento e combate ao *stress*.

Em relação à história médica, avaliou-se a presença de fatores de risco para um evento cardiovascular. Em relação à obesidade, 45,16% (n=14) apresentavam sobrepeso, 35,48% (n=11) obesidade e 19,35% (n=6) estavam dentro da faixa de normalidade de peso segundo a III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio (Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2004). Foram encontradas as médias de 1,67cm de altura (dp=0,09) com mínima de 1,51cm e máxima 1,90cm, para uma média de 81,39kg de peso (dp=15,88) com mínima de 58kg e máxima de 120kg.

Já em relação à presença de Diabetes Mellitus, obteve-se que 35,48% (n=11) têm o diagnóstico. Ao contrário da presença de hipertensão arterial que apresentou maior frequência com 74,19% (n=23). Outro fator na história médica é a ocorrência de infartos anteriores, que obteve 38,71% (n=12) do total da amostra.

Em relação às condutas médicas realizadas no momento do IAM ou anterior a este em função de eventos prévios; 100% (n=31) realizam acompanhamento clínico; 87,10% (n=27) foram submetidos ao cateterismo; 48,39% (n=15) angioplastia percutânea; e 35,48% (n=11) já foram submetidos à revascularização.

Em relação a antecedentes psicológicos e/ou psiquiátricos, na primeira avaliação 93,55% (n=29) nunca fizeram acompanhamento psicológico e 6,45% (n=2) já haviam feito em momento anterior, o que se repete na segunda e terceira avaliação. Destes que já haviam realizado apenas um apresentava diagnóstico psiquiátrico leve, porém, que não inviabilizou a aplicação dos instrumentos.

Os dados na Tabela 4 descrevem a presença de antecedentes familiares com doenças cardiovasculares ou com fatores de risco. Do total da amostra, 79,17% (n=19) dos participantes tem antecedentes familiares com hipertensão arterial e 64,00% (n=16) com diabetes mellitus. Em relação à ocorrência de eventos cardiovasculares em seus antecedentes familiares, 65,22% (n=15) com relatos de

angina; 19,05% (n=4) de episódio(s) de acidente vascular cerebral (AVC); 38,10% (n=8) com histórico de morte súbita e 76,92% (n=20) relataram ter casos de IAM.

Tabela 4 – Distribuição da amostra em relação a antecedentes familiares para DCV dos que tinham informações

Distribuição dos Participantes		n	%
Hipertensão Arterial	Sim	19	79,17
	Não	5	20,83
Diabetes Mellitus	Sim	16	64,00
	Não	9	36,00
Angina	Sim	15	65,22
	Não	8	34,78
IAM	Sim	20	76,92
	Não	6	23,08
AVC	Não	17	80,95
	Sim	4	19,05
Morte Súbita	Não	13	61,90
	Sim	8	38,10

Na análise de hábitos de vida dos participantes: atividade física, alimentação, tabagismo. Esses hábitos foram avaliados em três momentos: na internação pós IAM; três e seis meses após. Nesta análise, foram considerados apenas os dados obtidos dos participantes com informações completas nas três avaliações (n=28), visto que, três participantes do total foram a óbito durante o período das avaliações.

Em relação à atividade física e sedentarismo (Figura 1) houve mudança para melhor significativa nas três avaliações segundo o teste de Cochran ($p=0,022$) e do teste de McNemar, com nível de significância de $p<0,05$. Essa diferença surgiu na comparação entre a primeira com a segunda ($p=0,033$) e da primeira com a terceira ($p=0,020$). Na primeira avaliação, 78,57% (n=22) eram sedentários. Na segunda, a amostra ficou dividida igualmente, com 50% (n=14) sedentários e 50% (n=14) com atividade física. Na terceira o sedentarismo também prevaleceu com 53,57% (n=15). Porém no discurso dos pacientes as atividades as quais muitos se referiram eram as rotineiras, de curta duração, sem orientação de profissional especializado, diferente da atividade física recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que preconiza a atividade física supervisionada por profissional habilitado, e que respeite

as complicações específicas da fase aguda pós infarto. Além disso, o tipo de atividade, intensidade e frequência devem ser avaliados pela equipe de saúde a fim de promover a reabilitação do paciente com qualidade e segurança necessárias (III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004).

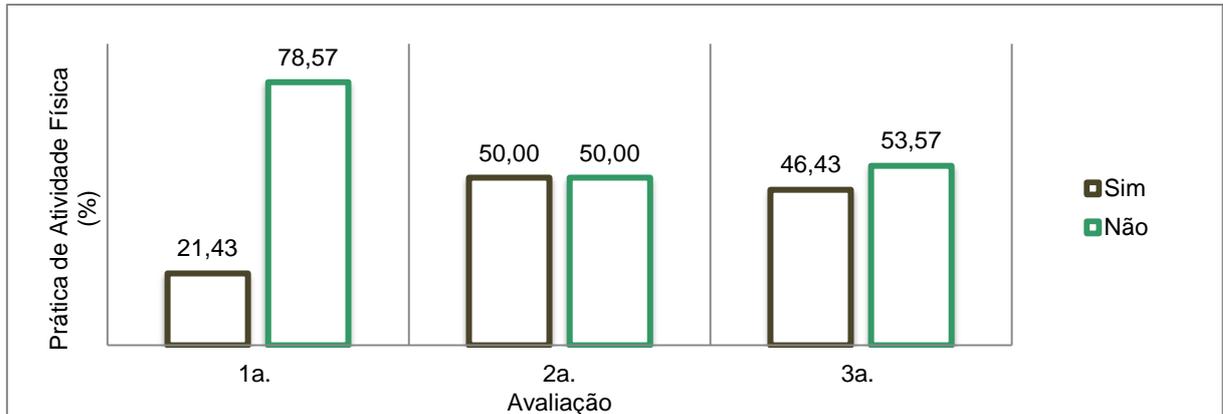


Figura 1: Porcentagem da análise comparativa da atividade física realizada.

Em relação à alimentação, houve mudança para melhor significativa entre as avaliações, segundo o teste de Cochran ($p < 0,001$) e do teste de McNemar da primeira com a segunda ($p < 0,001$) e da primeira com a terceira ($p = 0,020$). Na primeira, a forma de alimentação prevalente com 78,57% ($n = 22$) foi a inadequada. Na segunda, a restrita é a mais apontada com total de 35,71% ($n = 10$); e na terceira prevaleceu a inadequada com 53,57% ($n = 15$) (Figura 2). O que foi perceptível nesse hábito, é que não há uma real compreensão por parte dos pacientes em relação ao que pode ser considerada uma alimentação adequada, balanceada ou restrita o que pode dificultar sua adesão à sua dieta sem orientação profissional.

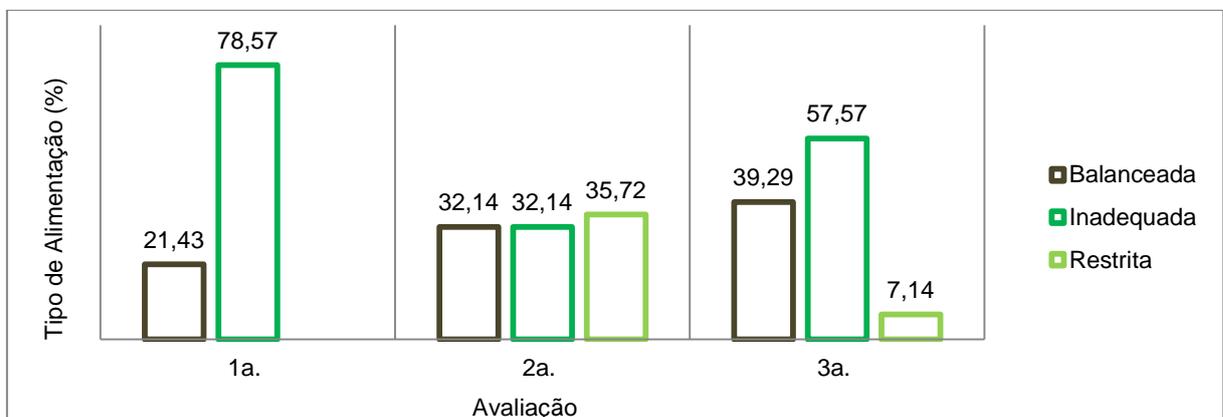


Figura 2: Porcentagem da análise comparativa da alimentação.

Em relação ao hábito de fumar, os dados apresentaram mudança para melhor significativa segundo o teste de Cochran ($p=0,001$) e o teste de McNemar, da primeira com a segunda ($p=0,008$) e da primeira com a terceira avaliação ($p=0,008$). Na primeira avaliação prevaleceu 42,86% ($n=12$) como sendo fumantes ativos; 32,14% ($n=9$) não fumantes e 25% ($n=7$) que já haviam parado de fumar antes do IAM. Na segunda, prevaleceram os que pararam de fumar, antes e depois do IAM, totalizando 50% ($n=14$) da amostra; 17,86% ($n=5$) fumantes e 32,14% ($n=9$) não fumantes, frequências que foram mantidas na terceira avaliação (Figura 3). Nenhum dos pacientes revelou fazer uso de algum fármaco para auxiliá-lo na interrupção do tabagismo.

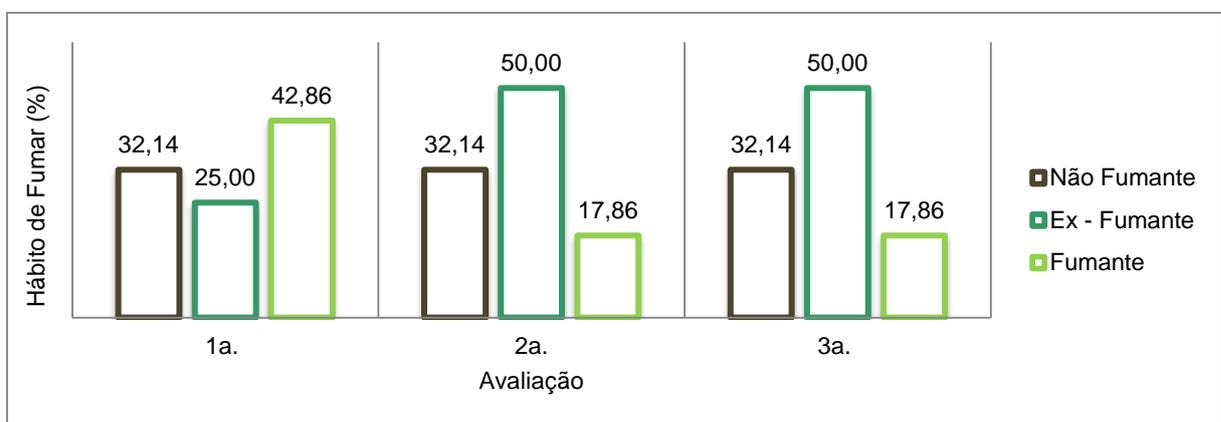


Figura 3: Porcentagem da análise comparativa em relação ao tabagismo.

Sobre seguir as orientações da equipe, na primeira, a maior frequência com 42,86% ($n=12$) foi de seguir quase sempre as orientações. Na segunda, manteve-se a prevalência de 46,43% ($n=13$) e na terceira, repete-se a opção prevalente com 67,86% ($n=19$) quase sempre. Nenhum participante afirmou não segui-las nos três momentos. Essas orientações eram consideradas principalmente em relação ao tratamento medicamentoso por ser o principal foco de abordagem da equipe de saúde no processo de alta do paciente.

Avaliou-se a frequência com que os participantes acreditavam na eficácia do tratamento. Na primeira avaliação 39,29% ($n=11$) acreditavam parcialmente, 32,14% ($n=9$) não sabiam, pois tinham dúvidas e 28,57% ($n=8$) acreditavam totalmente. Na segunda, modificou-se a maior frequência para 46,43% ($n=13$) dos participantes que não sabiam, e estavam com dúvidas. E após seis meses 50% ($n=14$) acreditavam parcialmente no tratamento (Figura 4).

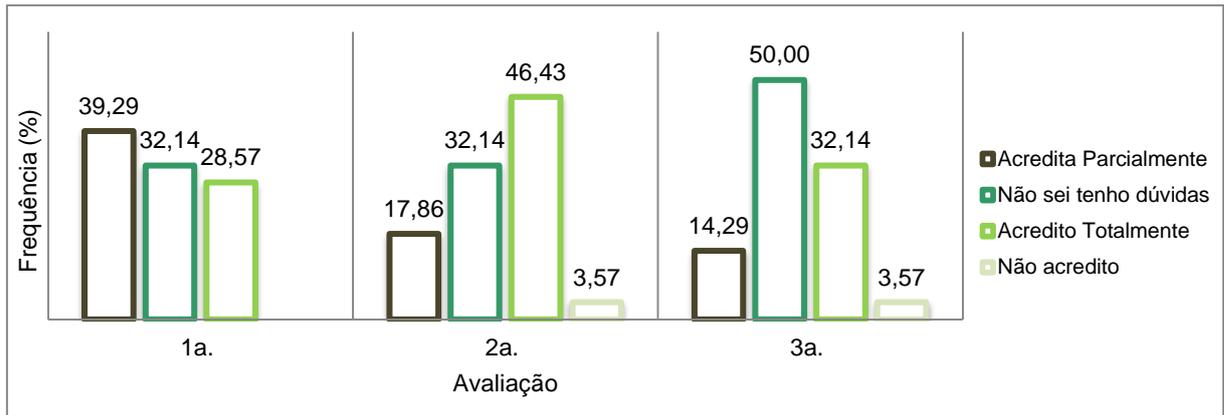


Figura 4: Frequência de respostas da avaliação sobre a eficácia do tratamento.

Na retomada de atividades pós IAM, houve mudança significativa entre as avaliações segundo o teste de Cochran ($p=0,012$) e do teste de McNemar na comparação da primeira com a segunda para pior ($p=0,033$), aumentando o número de pacientes que sentiam-se despreparados, e da segunda com a terceira para melhor ($p=0,004$), com a redução dessa frequência, considerando apenas os dados dos participantes com informações completas nas três avaliações (Figura 5).

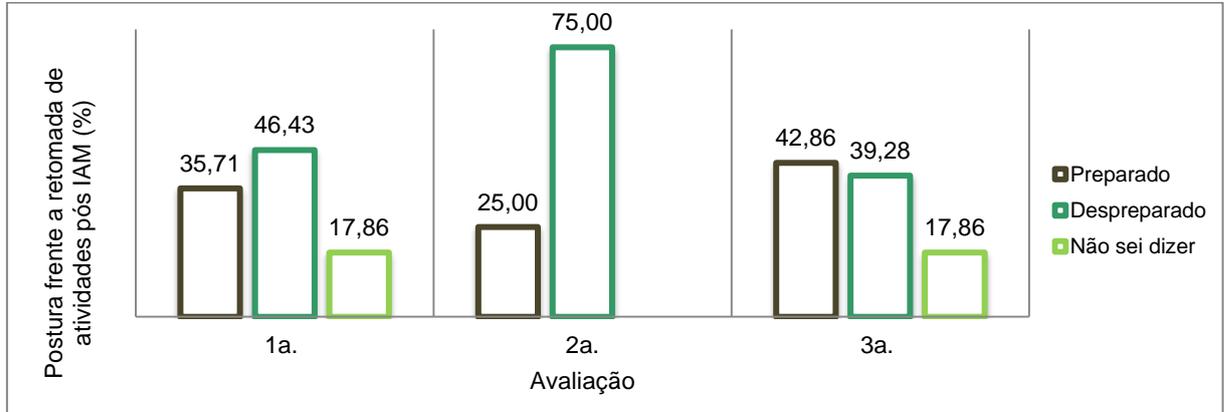


Figura 5: A análise comparativa em relação a retomada de atividades pós IAM

Questiona-se se o fato de sentir-se despreparado para retomar às atividades diárias poderia estar relacionado à compreensão que o paciente pode ou não ter do que lhe é passado pela equipe de saúde, seja em função do baixo grau de instrução da maior parte da amostra ou pela forma de orientação que lhe é prescrita. Pelos dados coletados, percebe-se que em raros momentos o paciente questiona além do que lhe é passado em relação à medicação prescrita. Esse despreparado raramente é conhecido pela equipe de saúde, porém, acredita-se que independente do que o

paciente solicita, prepara-lo para retomar sua rotina é papel fundamental da equipe que o assiste para promover uma melhor reabilitação.

Em relação aos dados obtidos no ISSL, para que pudesse ser feita a análise dos três momentos comparativos, foram analisados nesse momento apenas os dados dos participantes com informações completas nas três avaliações (n=28). Em relação à presença de *stress*, 100% (n=28) apresentavam *stress* na primeira avaliação; na segunda 96,43% (n=27) e na terceira 89,29% (n=25) (Figura 6).

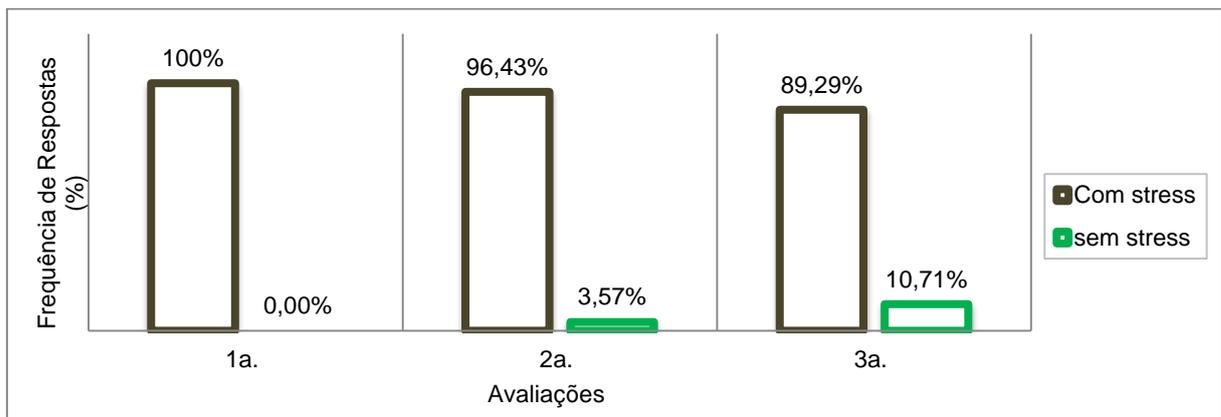


Figura 6: Porcentagem da incidência de *Stress* na amostra nas três avaliações

Em relação às fases do *stress*, na primeira avaliação, houve prevalência da fase de resistência com 78,57% (n=22), o que se manteve na segunda com 89,29% (n=25), e na terceira com 82,14% (n=23). A fase de exaustão aparece apenas na primeira avaliação com 7,14% (n=2). A fase de alerta na primeira e segunda avaliação manteve-se com igual frequência de 3,57% (n=1), ausente na terceira. E a fase de quase-exaustão, surge na primeira com 10,71% (n=3), 3,57% (n=1) na segunda e com 7,14% (n=2) (Figura 7).

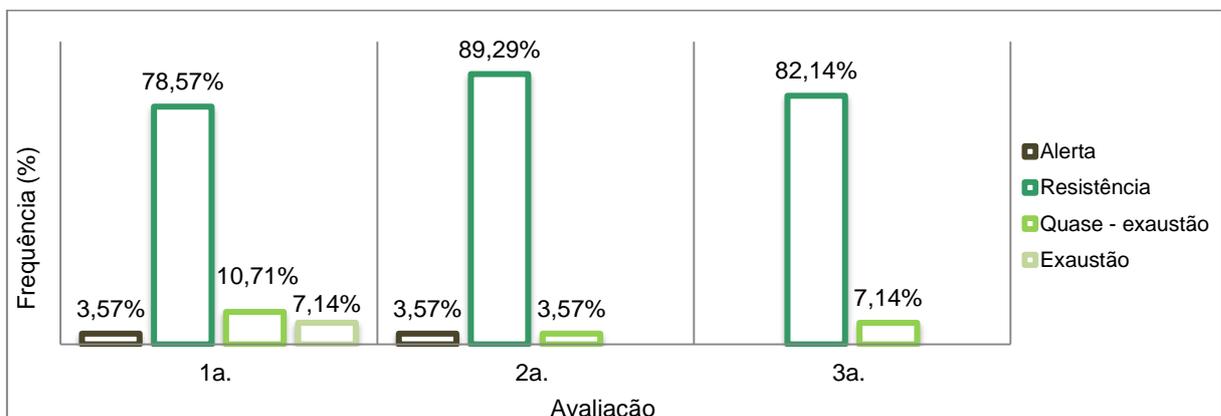


Figura 7: Porcentagem das fases de *stress* nos três momentos de avaliação.

Em relação à prevalência de sintomas físicos ou psicológicos, na primeira avaliação, prevaleceram os sintomas físicos com 57,14% (n=16), já na segunda, a prevalência foi de sintomas psicológicos com 42,86% (n=12), e na terceira, a prevalência se manteve nos sintomas psicológicos com 46,43% (n=13) (Figura 8).

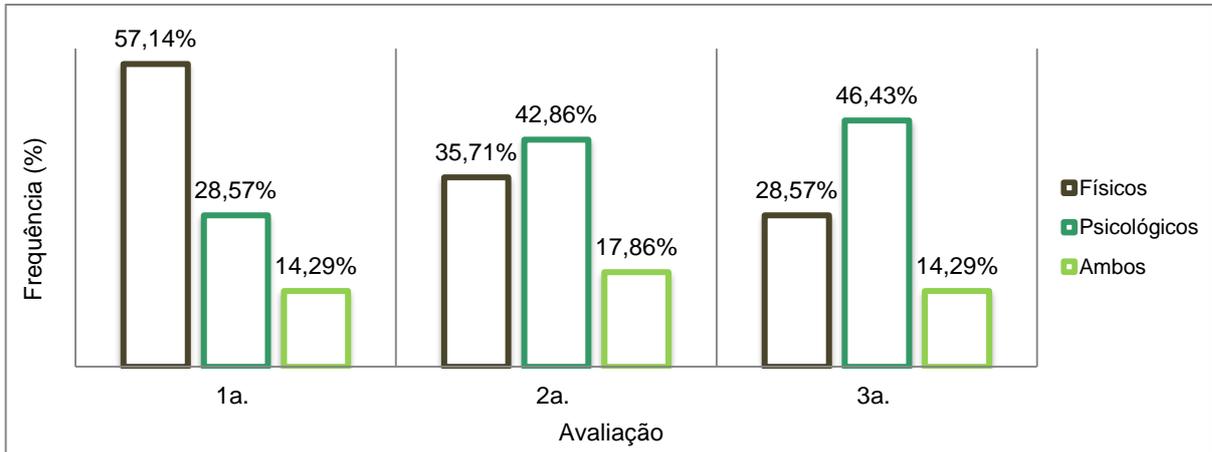


Figura 8: Porcentagem da prevalência de sintomas nas três avaliações

Os sintomas físicos e psicológicos prevalentes foram divididos nos três momentos de avaliação. Na primeira avaliação os sintomas físicos prevalentes foram mal estar generalizado sem causa específica, sensação de desgaste físico constante e tontura / sensação de estar flutuando. Entre os sintomas psicológicos foram impossibilidade de trabalhar, angústia ou ansiedade diária e cansaço excessivo, como pode ser verificado na Tabela 5. Alguns sintomas citados podem estar relacionados ao momento em que eles se encontravam tanto pela coronariopatia provocar cansaço excessivo, quanto estar internado impossibilita-lo de trabalhar.

Tabela 5 – Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 1ª. Avaliação

Distribuição dos Participantes		n	%
	Mal estar generalizado sem causa específica	29	93,55
Físicos	Sensação de desgaste físico constante	28	90,32
	Tontura / sensação de estar flutuando	24	77,42
	Impossibilidade de trabalhar	30	96,77
Psicológicos	Angústia ou Ansiedade diária	27	87,10
	Cansaço excessivo	26	83,86

Na segunda avaliação (Tabela 6), os sintomas físicos mais prevalentes foram: cansaço constante, sensação de desgaste físico constante e tensão muscular e mal estar generalizado sem causa específica. Entre os sintomas psicológicos foram angústia / ansiedade diária, apatia, depressão ou raiva prolongada e impossibilidade de trabalhar. Os sintomas psicológicos podem surgir por não conseguirem lidar com a situação de estarem dependentes, por terem uma doença cardiovascular, ou por terem estagnado sua função no núcleo familiar, como provedor ou chefe de família.

Tabela 6 – Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 2ª. Avaliação

Distribuição dos Participantes		n	%
Físicos	Cansaço Constante	19	65,52
	Sensação de desgaste físico constante	18	62,07
	Mal estar generalizado sem causa específica	16	55,17
	Tensão muscular	16	55,17
Psicológicos	Angústia / ansiedade diária	25	86,21
	Apatia, depressão ou raiva prolongada	23	79,31
	Impossibilidade de trabalhar	23	79,31

Na terceira avaliação os sintomas físicos mais prevalentes foram tensão muscular, problemas com a memória e sensação de desgaste físico constante e insônia. Já os sintomas psicológicos prevalentes foram angústia / ansiedade diária, apatia, depressão ou raiva prolongada e sensibilidade emotiva excessiva (Tabela 7).

Tabela 7 – Prevalência dos sintomas físicos e psicológicos na 3ª. Avaliação

Distribuição dos Participantes		n	%
Físicos	Tensão muscular	19	67,87
	Problemas com a memória	17	60,71
	Sensação de desgaste físico constante	15	53,57
	Insônia	15	53,57
Psicológicos	Angústia / ansiedade diária	22	78,57
	Apatia, depressão ou raiva prolongada	20	71,43
	Sensibilidade emotiva excessiva	20	71,43

Na análise comparativa quanto ao número de sintomas na fase de alerta nas três avaliações, a amostra apresentou pontuação entre 9 e 1 pontos na 1ª. Avaliação, com média de 4,79, desvio padrão de 1,93 e mediana de 5 pontos. Na segunda avaliação apresentou pontuação entre 8 e 0 pontos, com média de 3,79 pontos, desvio padrão de 2,25 e mediana de 3,50. Na última avaliação a amostra apresentou pontos de 6 e 2 pontos, com média de 3,82, desvio padrão de 1,12 e mediana de 4 pontos. A partir do teste de Friedman ($p=0,01$) seguido do teste de Wilcoxon, verificou-se que os pacientes mostraram menos sintomas na segunda ($p=0,019$) e terceira ($p=0,006$) avaliação (Figura *boxplot* 9).

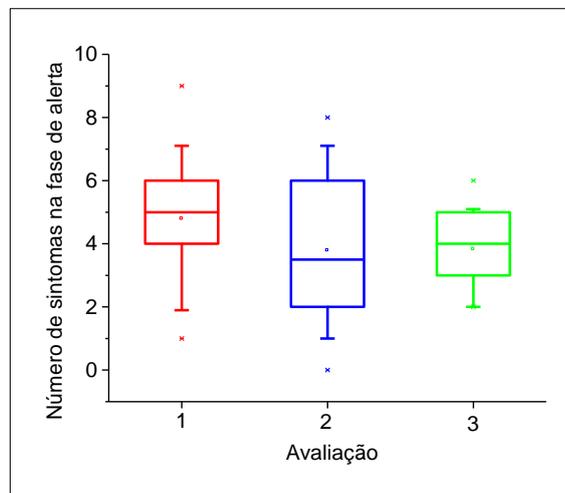


Figura 9: Análise comparativa dos sintomas na fase de alerta

Na análise comparativa quanto ao número de sintomas na fase de resistência/quase exaustão nas três avaliações, a amostra apresentou na primeira avaliação de 11 a 4 pontos como valores máximo e mínimo de sintomas, com uma média de 7,54, desvio padrão de 2,06 e mediana de 8 pontos. Na segunda avaliação, os valores foram de 10 e 1 pontos dos valores de sintomas, com média de 5,89, desvio padrão de 2,30 e mediana de 6 pontos. Na última avaliação, os valores máximo e mínimo de sintomas mantiveram-se em 10 e 1, com média de 5,86, desvio padrão de 2,26 e mediana de 6 pontos. Nessa fase, a partir do teste de Friedman ($p=0,016$) seguido do teste de Wilcoxon, pode-se verificar que os pacientes mostraram menos sintomas na segunda ($p=0,005$) e terceira ($p=0,006$) avaliação como segue na Figura *bloxpot* 10.

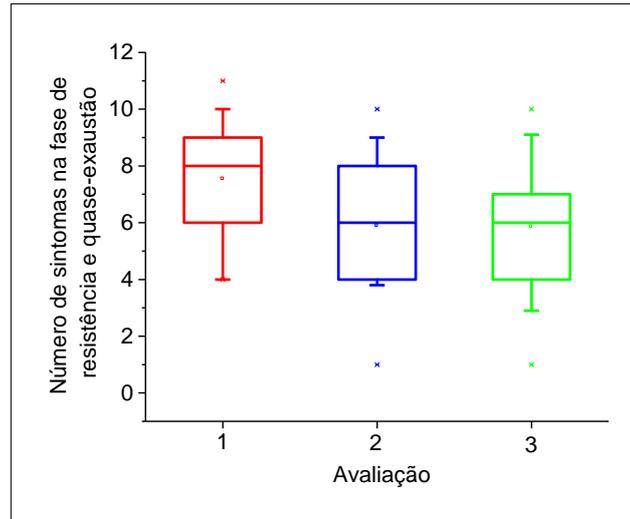


Figura 10: Análise comparativa dos sintomas nas fases de resistência / quase – exaustão

Na análise comparativa quanto ao número de sintomas na fase de exaustão, nas três avaliações, a amostra apresentou na primeira avaliação de 17 a 2 pontos como valores máximo e mínimo de sintomas, com mediana de 11 pontos, média de 10,39 e desvio padrão de 3,29. Na segunda avaliação, os valores foram de 12 e 2 pontos dos valores de sintomas, mediana de 7 pontos, média de 7,46 e desvio padrão de 2,95. Na ultima avaliação os valores máximo e mínimo foram de 13 e 2, com mediana de 7 pontos, média de 7,07 e desvio padrão de 3,08.

Com esses dados e a partir do teste de Friedman ($p=0,002$) seguido do teste de Wilcoxon, verificou-se que os pacientes mostraram menos sintomas na segunda ($p<0,01$) e terceira ($p<0,01$) avaliações (Figura 11).

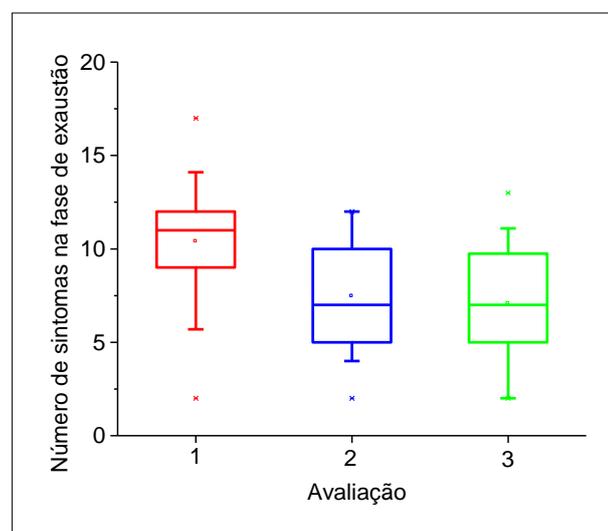


Figura 11: Análise comparativa dos sintomas na fase de exaustão.

Análise Categrorial segundo os Moldes da Análise de Conteúdo de Bardin

Para análise de conteúdo, utilizou-se o método de Bardin (2004). Inicialmente foram extraídos os tópicos mais relevantes das respostas dos pacientes às perguntas abertas realizadas no roteiro de entrevista. A partir destas, buscou-se interpretações de cada resposta que pudessem traduzir todo o conteúdo da sua fala.

Inicialmente criaram-se as seguintes categorias por temáticas gerais:

- › Relação com a doença;
- › Causas do Infarto Agudo do Miocárdio;
- › Significado da doença;
- › Relação com o tratamento;
- › Mudanças decorrentes do Infarto agudo do miocárdio.

Dentro de cada uma dessas categorias, foram então extraídas subcategorias a partir de perguntas disparadoras no roteiro de entrevista. Essas perguntas foram formuladas em relação a assuntos considerados influentes na adesão ao tratamento. As subcategorias foram extraídas pela contagem de frequência entre os juízes, optando por defini-las a partir de uma concordância de 100% entre as análises.

Na primeira avaliação, logo após o IAM, ainda internados as perguntas foram:

- › O que você acha que pode ter causado o IAM?(Fatores, situações, antecedentes)
- › Onde, e como e quando obteve essas informações?
- › Como você está se sentindo em relação a seu problema cardíaco?
- › E em relação ao tratamento após o IAM?
- › O que significa para você ter um problema no coração?
- › Como você tem se relacionado com a doença?
- › O que sabe sobre sua doença?
- › Houve alguma modificação em sua vida (familiar, social, profissional) após o IAM?

Na segunda e na terceira avaliação, as perguntas foram:

- › Como você está se sentindo em relação a seu problema cardíaco?
- › E em relação ao tratamento após o IAM?
- › O que significa para você ter um problema no coração?
- › Como você tem se relacionado com a doença?
- › Você precisou fazer alguma modificação em sua vida após o IAM?

Para cada categoria, foram criadas subcategorias pela multiplicidade e relevância de respostas trazidas pelos participantes. Serão apresentadas a seguir as categorias e subcategorias, com sua frequência e porcentagem em cada avaliação.

Relação do paciente com a sua doença cardiovascular

Sobre essa categoria, acredita-se que a forma como o paciente se relaciona com a sua doença influenciará direta ou indiretamente a sua adesão ao tratamento (Tabela 8).

Tabela 8 – Descrição das subcategorias da categoria *Relação com a Doença*

Subcategorias	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
As emoções como resposta à doença	22	78,58	13	46,43	18	64,29
Doença relacionada à morte: minha e do outro	3	10,71	8	28,57	4	14,28
Tomada de consciência de si e do seu corpo	3	10,71	7	25,00	6	21,43

A construção da subcategoria *As emoções como resposta à doença* é o resultado do contato com os pacientes que, quando questionados sobre a sua relação com a doença, denominavam-na por meio de uma emoção. Algumas emoções consideradas negativas como ansiedade, medo, insegurança, tristeza, impaciência, hostilidade, raiva, inconformismo, desesperança, apareceram frequentemente. Já outras emoções avaliadas mais como positivas, tais como tranquilidade e aceitação foram mencionadas de forma discreta.

No momento ainda da internação, emoções como ansiedade frente ao futuro, medo de ter um novo IAM, insegurança pela carência de informação e tristeza pela ruptura de suas atividades. Como se observa nas falas de alguns participantes durante a 1^a avaliação:

P1 (H – 56 anos) “Bem preocupado agora, não sei o que preciso fazer. Me falta orientação”.

P25 (H – 54 anos) “Tô preocupado por que a família precisa de mim, e parado não dá”.

P26 (H – 51 anos) “Me causa mal estar (...) finjo que não tenho isso pra mim”.

Já no segundo momento, há uma queda nessa subcategoria, porém a prevalência se manteve. Nesse momento emoções positivas como, maior tranquilidade e esperança frente ao futuro, também foram citadas. Segue as falas ilustrativas dessa 2ª avaliação.

P2 (H – 53 anos) “Agora um pouco mais tranquilo, por que eles me operaram.”

P7 (H – 44 anos) “Com a benção de Deus tô melhor agora.”

P16 (M – 61 anos) “Tô mais emotiva, irritada, perdi até minha vaidade. Tô mais estressada.”

Já na terceira avaliação, a amostra também esteve com prevalência nessa subcategoria. A retomada às atividades, a passagem do tempo do evento cardiovascular e as mudanças ocorridas são avaliadas positivamente, como se pode observar nas falas da 3ª avaliação a seguir.

P12 (H – 51 anos) “Agora que tô repositior tá melhor, por que ocupado não fico prestando atenção no coração como antes. Tô mais tranquilo, mas não é como antes”

P15 (M - 50 anos) “Tô levando, eu cuido como posso da medicação. Agora tô tranquila.”

P26 (H – 51 anos) “Agora tô melhor mesmo, tenho o apoio da família o que é fundamental”

As demais subcategorias criadas, não pela frequência de respostas, mas sim pela sua relevância ao estudo. Em relação à subcategoria *Doença relacionada à morte: a minha e do outro*, percebeu-se que após o IAM, o medo da morte torna-se algo presente. Essa subcategoria, apesar de em alguns momentos surgir de forma velada, tinha a morte como uma relação estabelecida no momento que falta a saúde, e ficou evidente no evitar falar sobre o medo iminente e no relatar situações de perdas de pessoas queridas em função de uma doença cardiovascular, como sendo representativo do seu IAM. Essa subcategoria surge com maior frequência na segunda avaliação e pode ser averiguada na fala de alguns participantes.

P19 (H – 46 anos) “Não acredito que vou ficar bom, nem adianta nada, foi assim com minha mulher”. (1ª)

P10 (H – 51 anos) “Ainda tenho medo, perdi um amigo com o mesmo problema”. (2ª.)

P24 (H – 41 anos) “Ainda com medo de morrer sabe, nem gosto de falar isso”. (3ª)

Na subcategoria *Tomada de consciência de si e do seu corpo*, foram reunidas falas e interpretações relacionadas ao fato do paciente passar a “ouvir” mais os sinais do seu corpo, e prestar mais atenção aos seus sintomas, sua saúde e sua qualidade de vida. Estar atento ao corpo pode aumentar a adesão ao tratamento principalmente por anteriormente não haver esse comportamento de “alerta” do paciente e o não “ter ouvido” possa ser compreendido como um facilitador ao IAM. Essas inferências podem ser observadas nas falas de alguns participantes.

P9 (H – 48 anos) “Passa na cabeça que só quem é sedentário e fumante e tem diabetes tem isso”. (1ª)

P8 (H – 69 anos) “Percebo que fico prestando atenção no coração o tempo todo”. (2ª)

P17 (H – 62 anos) “Até no trabalho percebo que fico prestando atenção no coração”. (3ª)

Causas do Infarto Agudo do Miocárdio

A segunda categoria criada foi sobre *Causas do IAM*. Essa categoria tentou abarcar as respostas sobre possíveis fatores que possam ter contribuído para o desenvolvimento do IAM do ponto de vista de cada participante ao longo da passagem do tempo.

A partir desta categoria, foram extraídas quatro subcategorias, que podem ser observadas na Tabela 9, juntamente com sua frequência e porcentagem nas três avaliações. Há casos em que o participante relacionou mais de uma causa ao IAM, o que foi também levado em conta na contagem da frequência de respostas.

Tabela 9 – Descrição das subcategorias da categoria *Causas do IAM*

Subcategorias	1ª		2ª		3ª	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Emoções como causa do IAM	22	78,57	11	39,28	16	57,14
Hábitos de vida como facilitadores ao IAM	8	28,57	8	28,57	4	14,28
Fontes Externas de <i>stress</i> como causa	8	28,57	5	17,86	6	21,43
Impotência Justificada: Determinismo	4	14,28	5	17,86	9	32,14

A subcategoria que prevaleceu nos três momentos de avaliação foi a que tem como causa do IAM *As emoções*, o que representa além do simbolismo que o coração tem em si, a influência das emoções, principalmente as negativas, no surgimento de um evento cardiovascular. Expressões como “*stress*”, “*nervosismo*”, “*raiva*” e “*preocupação constante*” foram frequentemente citadas pelos participantes, como pode ser observado em alguns fragmentos da primeira avaliação.

P6 (H – 71 anos) “Nervosismo, sou muito radical, ou tudo ou nada, não aceito errar nem os outros”.

P8 (H – 69 anos) “Eu comecei sentindo dor no peito, mas acho que foi por estresse que passei.”

P16 (H – 61 anos) “Eu acho que foi o nervosismo, me incomodei com a minha nora, mas não falei nada, a pressão subiu e daí fui para o hospital. Por que assim, quando eu não consigo cuidar de tudo, eu fico ruim.”

Na segunda avaliação as emoções continuam sendo a todos como a principal causa do IAM, porém agora os discursos surgem com uma nova abordagem: a necessidade do autocontrole e gerenciamento do *stress* como forma de se prevenir de novos eventos. Essa mudança de pensamento e comportamento pode ser considerada uma postura de adesão ao tratamento. Porém, percebe-se que muitos dos participantes, apesar de compreenderem que suas emoções influenciaram no seu IAM, ainda têm o tratamento medicamentoso como sua principal, e por vezes, única ferramenta utilizada.

P9 (H – 48 anos) “Para cuidar para não ter de novo penso que tenho que me controlar”. (2ª.)

P24 (H – 41 anos) “Eu acho que é por que guardo muita coisa e fico nervoso”. (2ª.)

P27 (H – 42 anos) “Eu acho que foi acúmulo de stress, que venho tentando digerir e acabei assim, por que os exames estavam todos normais”. (2ª.)

Na última avaliação, alguns participantes apresentaram uma caracterização diferenciada, demonstrando a dificuldade que existe em gerenciar suas emoções, apesar de saber que estas contribuíram para o seu IAM. É interessante observar esse movimento nas três avaliações, pois, inicialmente as emoções eram a possível causa agravante do IAM, no segundo momento há uma busca pelo equilíbrio destas emoções a fim de reduzir a possibilidade da ocorrência de um novo evento, e ao

passar seis meses do evento, é perceptível que há uma necessidade de suporte psicológico para lidar com essas emoções, pois, o próprio fator de ter sido acometido por um IAM pode ser fonte de *stress*, como percebe-se nas falas dos participantes na terceira avaliação.

P7 (H – 44 anos) “Agora tô irritado de novo e dá mesmo medo de ter de novo”.

P26 (H – 51 anos) “Eu sei que o que causou foi o stress por isso tento melhorar, mas é difícil, por que sempre fui assim.”

P30 (H – 56 anos) “Meu nervosismo me atrapalha muito até agora, e ficar sem fazer tudo como antes é pior ainda”.

Em relação à subcategoria de *Hábitos de vida como facilitadores ao IAM*, achou-se necessário colocá-la, apesar da pouca frequência de respostas ao longo das avaliações, pois compreende-se que os hábitos de vida não saudáveis, tais como, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada podem agravar ou propiciar o desenvolvimento do IAM. Porém, o que se percebe, é que muitos dos participantes não os consideram como possíveis causas do IAM, o que pode dificultar sua adesão ao tratamento em relação a mudanças de seus hábitos de vida.

O interessante desta subcategoria em relação às demais, é que no início e na segunda avaliação alguns participantes avaliaram seus hábitos de vida como agravantes, o que fez com que muitos modificassem, por imposição ou motivação própria, seus comportamentos. Mas com o passar do tempo, a frequência de respostas diminuiu para o que pode justificar a retomada de muitos e antigos hábitos de vida pouco saudáveis, reduzindo assim, sua adesão ao tratamento. Como pode ser observado nos fragmentos de discursos de alguns participantes.

P5 (H – 55 anos) “Eu acho que foi tudo junto, principalmente o cigarro, o estresse de todo dia, meu trabalho e por que eu durmo pouco.”

P10 (H – 51 anos) “Por sempre dormir mal e fumar e pela genética eu tive isso tudo”.

P11 (H – 56 anos) “Por que sou muito cabeça quente e não o cigarro, ele me acalma.”

Já na subcategoria *Fontes externas de stress como causa do IAM*, são trazidas situações que ocorreram anteriormente ao evento cardiovascular e que foram citadas pelos participantes. Foram incluídas situações como morte de ente

querido ou amigo, desemprego, doença na família, separação e dificuldade financeira. Essas fontes externas de *stress* exigem uma maior adaptação do organismo ao *stress* para que ele possa recuperar ou manter sua homeostase. E essa exigência constante para manter-se saudável, pode prejudicar a saúde do paciente. Nesse momento, chama a atenção para o fato de que, os três participantes que vieram a óbito durante os seis meses após o IAM, responderam na 1ª avaliação terem passado por alguma situação intensa de *stress* anteriormente ao IAM, como perda de alguém ou situação de doença anterior, como pode ser visto nos relatos.

P3 (M – 52 anos) “Eu acho que teve muito a ver com a perda do meu irmão ano passado do coração, por que desde que ele faleceu não venho me sentindo muito bem, sempre com uma dor no peito. Também já perdi minha mãe há 8 anos e meu pai há 12, e há 10 tive AVC.”

P28 (H – 52 anos) “Eu tive um derrame há dois anos talvez isso já ajudou”.

P29 (H – 62 anos) “Desde que minha mulher morreu há 6 meses do coração, eu tô ruim”.

Em relação aos demais participantes, na primeira avaliação situações de *stress* foram apontadas como causa do seu IAM, no segundo e terceiro momento esses valores diminuíram. Porém, para alguns pacientes, as fontes de *stress* se mantiveram, seja pela sua não extinção, ou pela lembrança frequente, como percebe-se a seguir nas três avaliações.

P11 (H – 56 anos) “Eu tenho um problema de linfoma, e desde que soube disso fiquei com depressão e com estresse, acho que foi isso tudo que fez eu ter isso no coração”. (1ª.)

P15 (M – 50 anos) “Tenho um filho que faz hemodiálise, e eu tenho que cuidar dele o tempo todo”. (2ª.)

P31 (M – 66 anos) “Eu já passei por muita coisa minha filha: há dez anos perdi um filho num acidente, depois o outro ficou de cama por causa de outro de moto, uma filha de câncer e agora meu marido assim, não há coração que aguarde tudo isso né?” (3ª.)

Sobre a subcategoria *Impotência Justificada: determinismo*, que obteve alta frequência da resposta na última avaliação, foram agrupados fragmentos dos discursos de participantes nos quais, havia de forma implícita, uma impotência por situações que pré-determinavam a ocorrência do IAM. Essa impotência expressa tornava impeditiva ou desnecessária qualquer mudança por parte do paciente em

seus hábitos de vida, o que justifica sua passividade. Expressões como “Deus quis assim” ou “era para ser” foram frequentes. Nessa subcategoria denota também um fator de risco, a hereditariedade. Percebe-se que muitos participantes, quando há a presença de antecedentes familiares, justificam-se nesta causa o fator preponderante ao seu IAM. O que desconsidera que fatores de risco não modificáveis, como a hereditariedade, não determinam doenças cardiovasculares, apenas tornam o organismo mais vulnerável a elas. Vulnerabilidade influenciada pelos hábitos de vida presentes no cotidiano desse indivíduo, que pode então vir a desenvolver ou não uma doença cardiovascular. Segue fragmentos de pacientes.

P1 (H – 56 anos) “Eu acho que foi a parte genética também né? Como eu já passei por isso não é novidade, e não vai mudar por que 90% é por que meu organismo é assim”.

P13 (H – 63 anos) “Meu irmão morreu na cirurgia e outro irmão com duas veias na cabeça que estouraram, e vai que dá isso em mim né? Eu acho que é tudo genético mesmo.”

Esse determinismo que justifica e explica a ocorrência do IAM, pode também ser visto a partir de duas causas: Deus e destino.

Deus:

P4 (H – 57 anos) “E assim, a gente se preocupa mas Deus sabe o que faz.” (1ª.)

P6 (H – 71 anos) “Nunca fumei, nem bebi, e minha família não tem nada disso, só por Deus.” (3ª.)

P20 (H – 56 anos) “Eu fiz exames há 10 meses, todos mesmo, e tava tudo normal só o colesterol mais alto, eu acho que foi por Deus mesmo, tudo acontece por Deus.” (1ª.)

Destino:

P17 (H – 62 anos) “Mas também assim, quando tem que dar dá, não muda se é gordo ou magro”. (2ª.)

P18 (H – 70 anos) “Não sei direito, mas acho que cada um tem sua hora né?” (3ª.)

P24 (H – 41 anos) “Acho que sempre vou ter esse problema, e a qualquer momento de novo.” (3ª.)

Mudanças ocorridas após o Infarto Agudo do Miocárdio

A terceira categoria se refere *As mudanças ocorridas pós IAM* na vida do paciente. Dentre essas mudanças, as mais citadas pelos participantes foram alteração na alimentação, cessação do tabagismo, uso de medicação, maior acolhimento familiar, perda do lazer, do trabalho e da auto – estima.

Inicialmente na primeira avaliação as respostas ficaram muito relacionadas à internação hospitalar, porém, após a passagem do tempo, as mudanças foram mais significativas e avaliadas como possíveis influências na adesão ao tratamento, como pode ser observado na Tabela 10 com frequência e porcentagem.

Tabela 10 – Descrição das subcategorias da categoria *Mudanças Ocorridas pós IAM*

Subcategorias	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Mudança de hábitos de vida: aquisição X imposição	11	39,29	9	32,14	12	42,86
Relação familiar: suporte na adesão	7	25,00	8	28,57	6	21,43
Perdas na ausência da saúde: limitações impostas	10	35,71	11	39,29	10	35,71

A partir da análise dessa categoria, observou-se que houve uma alternância da frequência das respostas com a passagem do tempo. Na primeira avaliação a mudança nos hábitos de vida foi a mais citada pelos participantes. Nessa subcategoria *Mudança de hábitos de vida: aquisição X imposição* foram agrupadas mudanças tais como: alimentação, tabagismo, atividade física, do ritmo de trabalho e do controle do *stress*. Surge como principal alternativa nas respostas dadas na primeira avaliação e na terceira avaliação.

Essa mudança ocorreu tanto por motivação própria do paciente, quanto por imposição, seja por parte da equipe de saúde ou da família, como relatada por vários participantes. E essa diferença do que move o paciente a sua mudança, é de suma importância na relação com a adesão ao tratamento, pois, na imposição o que ocorre é que pode não haver uma reestruturação pessoal a respeito dessa mudança, apenas se faz ou se modifica por causa do outro, o que dificilmente pode-se manter.

Imposição:

P7 (H – 44 anos) “Aqui no hospital, to sem fumar, não pode né, mas o cigarro sempre me acalmou.” (1ª.)

P8 (H – 69 anos) “Eu vi que meu apetite reduziu, também não como o que eu quero.” (3ª.)

P12 (H – 51 anos) “Minha mulher falou que vou ter cortar o cigarro e comer direito, vai ser dureza.” (1ª)

Aquisição:

P5 (H – 55 anos) “Meu apetite caiu por que mudei um pouco da alimentação. O cigarro eu reduzi, mas tem muita gente fumando perto de mim é difícil.” (2ª.)

P23 (H – 51 anos) “Olha, o cigarro faz parte da minha vida, e mudar um hábitos é como se algo faltasse mesmo. E tô comendo moderadamente.” (3ª.)

P12 (H – 51 anos) “Mudei de trabalho e parei de fumar.” (3ª.)

Outra subcategoria que surgiu no discurso de alguns participantes foi em relação ao papel da família no tratamento, por isso nomeou-se essa como *Relação Familiar: suporte na adesão*. Em muitos momentos a família, como suporte social, pode promover uma maior adesão ao tratamento por parte do paciente, ou em outros momentos, infantilizá-lo, tornando-o passivo e esquivo às atividades. Diante do diagnóstico do IAM, do momento da internação e o controle do tratamento, são situações diversas que a família acompanha e vivencia junto com o paciente, o que pode ser uma forte fonte de *stress* para todos. Dessa forma, a conduta posterior ao IAM por parte de ambos, será de suma importância na retomada às atividades e na promoção da saúde desse paciente.

Na segunda avaliação, momento quando o paciente volta ao ambiente familiar, a relação familiar foi apontada como a principal mudança na vida de alguns pacientes. Alguns observaram essa mudança de forma positiva, como uma motivação a manter-se no tratamento e cuidando-se. Outros, no entanto, sentem falta da atenção familiar ou se incomodam com o excesso do cuidado deles. Como se pode observar nos fragmentos das respostas abaixo, as respostas são alternadas, porém, a frequência com que a família é vista como uma mudança necessária a favor do paciente e um forte estímulo à adesão demonstra que no

tratamento e abordagem do paciente, a família não pode ser desconsiderada, e sim deve ser vista como aliada na melhora da saúde deste.

P8 (H – 69 anos) “Agora sou totalmente dependente, mas também acho que eles me respeitam até mais, a gente tá mais unido, até a família mudou a comida deles”.

P23 (H – 51 anos) “A família me aguentou quando eu tava parando de fumar e ninguém me tratou como bebê. Quando parei de fumar todo muito elogiou e isso ajuda a manter.”

P16 (M – 61 anos) “Minha família tá me tratando que nem criança.”

A última subcategoria sobre mudanças ocorridas pós IAM diz respeito a *Perdas na ausência da saúde: limitações impostas*. Essa subcategoria obteve a maior frequência de respostas na segunda avaliação, quando o paciente volta para casa. Supõe-se que, essa frequência se dá principalmente por nesse momento ele estar em casa e não poder realizar muitas atividades, nem retomar seu trabalho, e estar dependente da sua família. Inicialmente, ainda internados, as perdas eram relacionadas a parte do sustento da família; da liberdade, por ter que ficar no hospital, sem sua rotina, roupas, comida e família; da segurança em relação ao seu futuro e da saúde por ter sido acometido pelo IAM. As perdas aqui citadas estão relacionadas à perda de trabalho, do lazer, da saúde, da segurança pelo medo do futuro de ocorrer um novo evento ou nunca voltar a ser como era antes, perda da autoestima pela dependência dos demais, das atividades diárias e simples, como tomar banho sozinho, e demais mudanças avaliadas como negativas na sua vida.

P2 (H – 53 anos) “Por enquanto não, quero ver depois como vai ficar. Isso se eu voltar né?”

P9 (H – 48 anos) “Por enquanto só o fato de eu estar aqui no hospital”

P17 (H – 62 anos) “Agora o fato de eu não poder sustentar minha família.”

No segundo momento, as perdas são mais subjetivas, como perda da autoestima, da autoconfiança, da segurança, da independência e da utilidade em relação a sua família, casa e manutenção, como se observa nos fragmentos.

P7 (H – 44 anos) “Agora só durmo, como, bebo e tomo remédio, tô sem rotina. A gente não é o mesmo.”

P10 (H – 51 anos) “Agora sou mais preocupado, como eu era não fico mais.”

P19 (H – 46 anos) - “Ficou tudo igual em casa, eu acho que só eu mudei.”

Na terceira avaliação, após seis meses do IAM, a retomada das atividades é vista como possibilidade, porém, retomar a si mesmo como antes, é algo visto como não mais possível. O paciente se vê como outra pessoa, seja pelo medo que o acompanha agora, pela dependência, pela insegurança, por agora ser rotulado e visto apenas como um coronariopata e o peso que esse diagnóstico tem sobre ele.

P7 (H – 44 anos) “Agora todo mundo voltou como antes, eu não. Realmente queria ser como era antes.”

P11 (H – 56 anos) “De verdade, eu sinto que perdi meu valor.”

P21 (H – 55 anos) “Não mudou nada, só eu mudei: fiquei com medo de morrer e deixar todos sem mim.”

Significado da Doença

A quarta categoria se refere ao *Significado da doença* a partir do ponto de vista do paciente. Buscou-se diferenciar a relação da doença do significado que ela tem, pois, as respostas para ambas às categorias tem um sentido diferenciado também.

Quando se traz a relação com a doença, o paciente fala muito mais em reações emocionais a ela, como medo, preocupação, insegurança, tristeza por não ser o mesmo. Já em relação a como o paciente sente a sua doença, esse significado pode ter uma mudança pós IAM querendo ou não o tratamento.

Como por exemplo, o fato de muitos participantes terem visto o IAM com o significado de uma punição ou nova chance. Outros trazem o significado claro da limitação, o que dificulta que ele possa modificar-se enquanto vê-se limitado.

E o medo da morte, do IAM como uma ameaça a vida, apareceu também na relação com a doença. Porém, quando os pacientes relataram o medo da morte como algo possível, mas não relacionado diretamente ao coração e sim ao fato de pensarem sobre isso após o evento, percebendo que não são inatingíveis. Já no caso do significado, está mais relacionado o medo da morte com a importância do coração e da ameaça à vida, tornando-se algo mais específico. Na Tabela 11, são apresentadas as subcategorias e suas frequências e porcentagens.

Tabela 11 – Descrição das subcategorias da categoria *Significado da Doença*

Subcategorias	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
O temor da morte: o IAM como uma ameaça a vida	12	42,86	13	46,43	5	17,86
O Coração mudou: eu também.	12	42,86	10	35,71	11	39,28
O infarto como punição ou renovação	4	14,28	5	17,86	12	42,86

A subcategoria *O temor da morte: o IAM como uma ameaça à vida* surge por vezes de forma velada no discurso do participante, o qual teme por sua vida não estar segura como acreditava que estaria até ser acometido pelo IAM. Apesar de muitos participantes terem dificuldade em lidar ou até mesmo expressar seu medo da morte, ela surge como um tema principal, apesar de camuflado, em vários momentos. Muitas vezes o assunto acaba sendo encoberto ou não discutido pela família, pela equipe e até pelo próprio paciente, negando-se uma realidade que amedronta e necessita de acolhimento.

Essa subcategoria se manteve prevalente tanto na primeira quanto na segunda avaliação. A seguir as falas dos participantes.

P13 (H – 63 anos) "Acho que pode morrer até no cateterismo pode, coração é tudo né, daí já viu." (2^a)

P12 (H – 51 anos) "Significa ter um defeito numa pecinha melindrosa." (3^a.)

P26 (H – 51 anos) "Significa que o principal órgão do meu corpo falhou, e isso é grave, por que ele manda em tudo, penso que se ele falha o que pode me acontecer." (3^a)

Outra subcategoria criada se refere à temática do *O Coração mudou: eu também..* Essa subcategoria aglutina fragmentos que representam o quando cada paciente modifica-se, seja física ou emocionalmente, após o IAM. Percebe-se que após o IAM, não apenas o coração se modifica, mas o sujeito que dele padece não se reconhece como igual. Mudança de identidade, de sentimentos, de rotina, tudo isso faz parte desse novo sujeito, que se permite escolher - aderir ou não ao tratamento. Estar dependente, impotente, e com o "Coronariopata" pode modificar o seu autoconceito e seus hábitos de vida. A seguir, alguns fragmentos das falas de alguns participantes que ilustram essa subcategoria.

P1 (H – 56 anos) *"Resumidamente: limitação e imperfeição. Acho que nunca mais vou ser o mesmo."* (3ª)

P12 (H – 51 anos) *"Hoje eu vejo como uma limitação para tudo. E todo mundo fica com pena. Sou como uma bomba relógio."* (2ª)

P22 (H – 52 anos) *"Significa que meu coração e eu somos outros depois de tudo."* (3ª)

E a última subcategoria sobre o significado atribuído à doença se refere ao IAM como *punição ou renovação*. Essa subcategoria foi criada justamente por alguns participantes que significaram esse momento como uma punição, em sua grande maioria divina, ou possibilidade de renovação, como se uma nova chance lhe fosse proposta. Na terceira avaliação essa subcategoria foi a mais prevalente. Considerando que nesse momento, passados seis meses ao IAM, já há a possibilidade da retomada da vida e de suas atividades, questiona-se se o que cada paciente opta por fazer com a sua doença e com seu tratamento, seja relacionado ao fato dele poder ver como uma possibilidade de retomar o controle da sua saúde, modificar antigos hábitos de vida ou ainda concretizar planos até então inconcluídos, por acreditar que não mais é atingível, e que sua saúde pode ser e estar ameaçada, e por conseguinte, levá-lo à morte. Essas pontuações foram levantadas a partir dos fragmentos de participantes que sugerem que, a decisão de aderir ou não ao tratamento, modificar seu estilo de vida após o IAM é complexo.

P9 (H – 48 anos) *"Acho que foi para eu acordar mesmo. Foi minha segunda chance"*. (2ª)

P14 (M – 81 anos) *"Para me cuidar. Tive chance de Deus de cuidar do meu."* (3ª)

P24 (H – 41 anos) *"Pode ser uma chance de Deus né?"* (3ª)

Relação com o Tratamento

A quinta categoria criada se refere a forma como o participante se relaciona com o seu tratamento pós IAM. Essa categoria foi criada por perceber, diante dos resultados que, dependendo de como essa relação acontece, conseqüentemente, a adesão pode ou não ser promovida e mantida. Em alguns casos, os pacientes podem transferir a responsabilidade do seu tratamento para o médico ou acreditar que apenas a medicação é a responsável pela sua melhora e manutenção da saúde. Em outros, a resistência ao tratamento pode aparecer na indisciplina em relação às

orientações passadas ao paciente, no ato de esquecer a medicação, do cuidado com a pressão arterial, ou simplesmente, na discordância com aquilo que lhe é passado, seja por não compreensão ou de fato, negligência consigo mesmo. Concomitante a isso, a mudança de hábitos de vida, não é compreendida por como sendo parte do tratamento, e sim apenas algo trabalhoso, e não necessário quando já se faz o uso da medicação. Poucos participantes reconheceram essa mudança como parte do seu tratamento. Todos esses contextos deram origem às subcategorias apresentadas na Tabela 12, com suas respectivas frequências e porcentagens ao longo da passagem do tempo.

Tabela 12 – Descrição das subcategorias da categoria *Relação com o Tratamento*

Subcategorias	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
	Avaliação		Avaliação		Avaliação	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Transferindo Responsabilidades	11	39,28	4	14,28	9	32,14
Resistência à adesão do tratamento	11	39,28	12	42,86	15	53,58
Mudança Hábitos de vida: tratamento complementar	6	21,44	12	42,86	4	14,28

Com a passagem do tempo o que se pode avaliar é que não houve uma constância nas respostas dos participantes. Em relação à primeira subcategoria sobre *Transferindo responsabilidades*, foram reunidos fragmentos das respostas dos participantes, onde percebeu-se que o paciente responsabiliza outras coisas, como a medicação, pessoas, o médico ou situações, efeitos colaterais e múltiplos horários da medicação, pela não adesão ao tratamento proposto. Nesse caso específico, para a figura do médico tido como detentor do saber e da decisão, permitindo o paciente colocar-se no papel passivo, ou para o tratamento utilizado, colocando no excesso de medicação, no alto custo ou nos efeitos colaterais, dificuldades impeditivas à adesão ao tratamento.

Essa subcategoria demonstra também como muitos pacientes podem o avaliar que após um procedimento médico, como uma angioplastia, não há mais a necessidade de qualquer mudança de hábito de vida ou manutenção do tratamento medicamentoso, considerando-se “curado”. Essa subcategoria pode ser observada nas falas seguintes dos participantes:

P9 (H – 48 anos) "(...) o que o médico mandar eu faço".

P6 (H – 71 anos) "Tô tomando muita medicação, como já trataram com a molinha, tô novo."

P26 (H – 51 anos) "Depois que fui operado tô bem melhor, consertaram meu motor."

Em relação à segunda subcategoria que se refere à *resistência a adesão do tratamento*, situações como "esquecer" a medicação, aferir a pressão, indisciplina nos horários e atividades recomendadas, bem como a insegurança no tratamento e desesperança que de fato será eficaz, são frequentes nas falas dos participantes. Inicialmente muitos deles demonstram aderir e seguir mais facilmente os horários e remédios prescritos. Da mesma forma, muitos iniciam a mudança de hábitos de vida, como de parar de fumar, ter uma alimentação mais balanceada, bem como controlar sua pressão e seu diabetes mellitus. Porém, com a passagem do tempo, esses comportamentos tendem a diminuir em grande parte dos pacientes, o que, em sua grande maioria, é justificado nos "excessos de horários e remédios", na ausência de dor, considerado um fator positivo e de melhora; e na retomada das atividades, que para muitos, reflete na impossibilidade de manter os horários, a alimentação e atividade física iniciada pós IAM. A seguir, alguns fragmentos das respostas.

P19 (H – 46 anos) "No início fiz 100% certo, mas hoje, relaxei por que passei melhor." (2ª)

P27 (H – 42 anos) - "Tô cuidando dos remédios mas as vezes no trabalho esqueço." (3ª)

P31 (M – 66 anos) "Não tomo toda a medicação, tenho medo de ficar viciada." (2ª)

A última subcategoria que se refere à *Mudança de Hábitos de Vida: tratamento complementar*, apesar de ser menos frequente que as demais, e atingir sua maior prevalência na segunda avaliação é necessária justamente por não haver por parte dos pacientes a compreensão de que mudar os hábitos de vida faz parte do tratamento, e pode reduzir o risco de novos eventos e melhorar a qualidade de vida do paciente coronariopata. A seguir alguns fragmentos dessa segunda avaliação que representam essa subcategoria.

P8 (H – 69 anos) "Tô tomando tudo certo. Só não gosto de ficar sem comer o que eu gosto. "

P22 (H – 52 anos) "Fiz duas angioplastias, tô tomando vários remédios, fiz fichas para os horários."

P27 (H – 42 anos) "Tô tomando o remédio, comendo igual, e exercício eu já faço no trabalho."

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a relação entre stress, mudança de hábitos de vida e adesão ao tratamento em pacientes coronariopatas ao longo da passagem do tempo de seis meses.

Em relação à questão de gênero, houve uma prevalência no sexo masculino, não por escolha inicial, mas sim pela disponibilidade de pacientes encaminhados. O que vem de encontro ao estudo realizado por Saccomann, Oliveira, Collaço e Ferreira (2011) que objetivou avaliar a qualidade de vida em pacientes infartados, com revascularização do miocárdio e em tratamento clínico, mostrando em quase sua totalidade participantes do sexo masculino, apesar de estudos demonstrarem a constante ascendência do número de mulheres com doenças cardiovasculares (Lotufo, 2007).

Em relação à idade, a prevalência entre os 40 a 59 anos confirma o que a literatura apresenta, e vem ratificar os achados por Colombo (2000), que encontrou mais incidência de IAM, principalmente em homens, entre 40 e 60 anos de idade.

Estudos como de Oshiro, Castro e Cymrot (2010) que avaliaram o nível de conhecimento de pacientes hipertensos sobre sua doença, constataram que baixos níveis de conhecimento sobre fatores de risco e tratamento podem estar associados à uma baixa escolaridade. O que pode ser visto na amostra avaliada nesse estudo, com uma prevalência do ensino fundamental incompleto, o que pode interferir na sua adesão ao tratamento pela sua dificuldade de compreensão e elaboração das informações recebidas.

A sobrecarga de trabalho, múltiplas jornadas, sem atividades de lazer ou férias, representam a realidade dessa amostra, que mesmo quando muitos já estão aposentados, não se permitem “ficar parados”, aumentando gradualmente seu nível de stress. Porém da mesma forma, quando necessitam estar de fato parados por exigência médica em função de sua doença, o stress é ainda maior, por não ter essa imposição como um hábito. O que vai de encontro ao que Siqueira (2007) pontua da não adaptação do ser humano a essa sociedade inquieta, agitada e que busca produzir, competir e não parar. O que contribui para o aumento do índice de pacientes infartados.

Muitos pacientes apresentaram em seu histórico médico, antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso e eventos cardiovasculares

recorrentes, os quais, como apontam Moriel, Roscani, Matsubara, Cerqueira e Matsubara (2010), são condições que contribuem negativamente para o agravamento da doença. O que demonstra a necessidade de se enfatizar o cuidado e a prevenção de novos eventos a partir de programas específicos com esse público, objetivando reduzir morbi-mortalidade cardiovascular.

Dentre esses fatores, a hipertensão arterial tem sido amplamente estudada no que se refere ao tema “adesão”. Porém, como nesse estudo o objetivo era avaliar a mudança de hábitos de vida e a presença de fatores de risco, não foi possível avaliar se houve ou não adesão por parte dos pacientes ao tratamento medicamentoso para hipertensão, bem como, se as mudanças nos hábitos de vida influenciaram nos valores pressóricos destes. Apenas acredita-se, que por haver uma mudança na alimentação e na atividade física, conseqüentemente os níveis pressóricos dessa população também sofreriam mudanças significativas, promovendo menor risco cardiovascular. Segundo Jardim (2001), para se obter uma melhor adesão ao tratamento para o paciente hipertenso, é necessário abordar os aspectos educacionais sobre a doença e o tratamento. Inicialmente deve-se trabalhar com compreensão e aceitação da doença, e, posteriormente, com posturas mais ativas – a partir de mudança de atitudes e transformações definitivas com a adoção de novos hábitos de vida.

Em relação ao perfil lipídico, tanto no grupo com antecedentes de IAM anteriores, quanto no grupo sem antecedentes, os valores apresentados demonstram que a presença desse fator de risco pode ter comprometido a saúde cardiovascular desses pacientes e ter provocado o IAM. Porém, durante as avaliações, ficou evidente que em raros casos, havia o conhecimento da relação entre se ter hábitos saudáveis e o controle do perfil lipídico. A presença da alimentação inadequada, sedentarismo e o desconhecimento da função do controle desses hábitos, faz com que estes pacientes depositem na medicação sua única possibilidade de tratamento. Para Siviero, Scatena e Costa Jr (2005), sem o conhecimento por parte dos pacientes dos níveis recomendados de colesterol e da função do controle alimentar, a adesão a hábitos mais saudáveis fica comprometida. O que incita a necessidade de se educar e discutir fatores de risco e modos de tratamento por parte da equipe com cada paciente.

Em relação ao tipo de conduta médica realizada pós IAM, cateterismo, angioplastia, revascularização do miocárdio ou apenas tratamento clínico, não foi

possível averiguar nenhuma mudança nos hábitos de vida em função dessa variável. O que foi constatado também no estudo realizado por Taylor (2007, citado por Moraes, Rolim e Costa Jr, 2009) que traz uma estatística de que 50 a 60% dos pacientes tendem a não seguir orientações relacionadas à mudança de hábitos de vida. E mesmo após a revascularização do miocárdio, essa taxa ainda apresenta-se alta, com 65 a 76% das orientações não seguidas.

Um outro fator de risco avaliado nos participantes, foi a presença de antecedentes familiares com DCV na sua história médica. Os resultados apontaram maior prevalência nesse histórico familiar de hipertensão arterial, diabetes mellitus, angina e IAM. Esses resultados são concordantes com o estudo realizado por Lima e Araújo (2005) que verificaram em pacientes com revascularização do miocárdio pós IAM, uma alta frequência de antecedentes familiares até segundo grau com alterações cardiovasculares.

Porém, a hereditariedade é utilizada também como justificativa no fator de não adesão, acreditando que, por haver antecedentes familiares que apresentavam a mesma doença, não há o que ser feito, e as mudanças de hábitos de vida tornam-se desnecessárias. Diferente do que Straub (2005) traz, de que, os antecedentes familiares não podendo ser alterados, recorrem à necessidade de mudança de hábitos de vida para reduzir o risco de novos eventos cardiovasculares.

Muitas orientações sobre a retomada das atividades, o tipo de alimentação a ser consumida, a intensidade e frequência da atividade física, e auxílio na interrupção do tabagismo são vagos e por vezes podem ser inexistentes, o que pode dificultar a mudança do hábito por parte do paciente. Diferenciar alimentação balanceada de restrita, avaliar se a atividade física que faz é suficiente ou excessiva, que tipo de trabalho ou esforço pode ser realizado, são dúvidas trazidas pelos pacientes e que acabam por vezes, ficam em aberto, sem respostas.

Essa situação pode ocorrer pela falta de questionamento do paciente com o profissional que o atende/conhece seu caso, ou pela intensa atividade a que os médicos estão submetidos, dificultando o atendimento mais individualizado - que possibilite a discussão de tais problemáticas. Esse contexto confirma os resultados trazidos por Moraes, Rolim e Costa Jr (2009) em uma análise do processo de adesão em que, eles apontaram que a comunicação realizada por parte do profissional da saúde é um componente importantíssimo na adesão, porém, apresenta-se em sua grande maioria com algumas complicações, como a falta de

explicações detalhadas e a certeza da compreensão por parte do paciente. Coerente a isso, Jardim (2001) aponta que quanto maior for o conhecimento do paciente sobre seu problema, maior a possibilidade dele se comprometer efetivamente com seu tratamento, e portanto, maior será sua chance de sucesso e sua disciplina na manutenção.

Apesar de muitos pacientes terem avaliados a si mesmos como indisciplinados em relação ao tratamento, em função de esquecer a medicação e de não fazer o controle da pressão arterial, percebe-se que houve uma alteração positiva nos hábitos de vida ao longo do tempo. Dentre eles, se destacaram o aumento da prática da atividade física, na alimentação consumida e na interrupção do hábito de fumar. Todos hábitos de vida, que foram obstáculos superados e vitórias conquistadas e que se mantiveram até os seis meses em que foram avaliados. Esses dados ratificam o que DiMatteo (2004) traz, citando uma metanálise com 569 estudos sobre a variação da adesão dos pacientes em relação às recomendações médicas. Ele considerou que há uma maior adesão aos regimes dietéticos e à atividade física do que ao uso da medicação.

Em relação ao sedentarismo, com a passagem do tempo, houve um aumento de participantes que passaram a realizar atividade física. Durante as avaliações, foi possível perceber que atividades rotineiras como, organizar a casa ou caminhar até trabalho são as atividades mais realizadas pelos pacientes. O que segundo a III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio (2004) favorece a melhora na condição física do paciente e conseqüentemente na sua resistência cardiovascular. Além dessas pequenas atividades inseridas e presentes no cotidiano do paciente, este deve realizar, segundo esta diretriz, sessões de exercícios regulares de, no mínimo, 40 minutos, diariamente, sempre sob recomendação médica. Essa informação necessita ser discutida com o paciente para poder esclarecer a frequência, intensidade e regularidade necessária e possível a cada momento pós IAM, para assim promover sua adesão na mudança desse hábito de vida.

A alimentação consumida por essa população estudada, apresentou oscilações ao longo do tempo. Entre balanceada, restrita e inadequada, mais do que aquilo que se é consumido, o que é compreendido por cada paciente como sendo saudável e não saudável necessita ser discutido entre equipe e paciente. Pois, frequentemente, muitos apresentaram dificuldade em compreender a influência do

sal na pressão arterial, do açúcar no diabetes mellitus, bem como dos demais alimentos no desenvolvimento e agravamento das DCV. E apesar dos resultados encontrados, não há como afirmar que a alimentação apontada como balanceada pelos pacientes de fato o seja, justamente por não haver a devida compreensão do que é adequado ou não para sua saúde. Além disso, uma parte da amostra, apresentou redução do apetite após o IAM, o que pode ter sido reconhecido pelos pacientes como uma mudança no hábito alimentar, porém, avaliar se essa redução ocorreu pela necessidade da mudança ou pela presença de possíveis sintomas depressivos, frequentes em pacientes que enfartaram, não há como inferir. Comer pouco, sem sal e com restrições, é visto como algo pesaroso e difícil de ser mantido, e em muitos casos, vão além da perda da liberdade de escolha pelo o que e quando comer, pois também há uma perda do prazer depositado no alimento. Essa compreensão é explicada por Straub (2005) de que somos condicionados a associar comida a festas, realizações pessoais, profissionais e está presente na maioria dos eventos sociais. Dessa forma, realizar uma dieta, ou restrição alimentar remete ao paciente a sensação de não mais poder usufruir desses momentos. O autor considera que as dietas de maior eficácia são baseadas nas orientações profissionais de médicos e nutricionistas, que promovam não apenas a perda do peso, mas a aquisição de um novo hábito de vida, que seja mantido, com supervisão constante e com o apoio de familiares e amigos.

No caso do tabagismo, houve uma queda do número de fumantes que interromperam o uso do cigarro após o IAM e que conseguiram manter ao longo dos seis meses. Esses dados podem ser correlacionados ao estudo realizado por Ismael (2007) com uma amostra de fumantes, que ao longo de seis meses obteve uma alta porcentagem de abstinentes. A autora apresenta alguns indicadores que precedem um lapso ou uma recaída e que também foram citados pelos participantes do presente estudo, como o número de anos e quantidade de cigarro que o participante fuma, a ausência de tentativas anteriores em parar de fumar e principalmente o fato de conviver com fumantes seja em casa ou no trabalho. Prazer, ritual, redutor de ansiedade e stress, são apenas algumas razões que mantém o paciente adicto ao cigarro.

Essas mudanças na alimentação, na atividade física e no hábito de fumar, foram correlacionadas com a forma como cada paciente significa e se relaciona com a sua doença, seu tratamento e com as mudanças advindas do IAM. Para Boschco

e Mantovani (2007) em seu estudo com paciente coronariopatas, foi possível avaliar que ser portador de uma doença crônica tem seu peso e significado. E esse significado gera mudanças necessárias e significativas nos hábitos de vida.

Dependendo da causa que o paciente atribui ao seu IAM, pode ou não ocorrer a sua modificação. A maior parte da amostra não promoveu mudanças quando atribuiu as emoções à causa do seu IAM. Para Galan (2002) entre todos os fatores de risco conhecidos para as doenças cardiovasculares, os fatores emocionais desempenham papel de destaque tanto na gênese quanto na recuperação pós IAM. Emoções estas também verificadas no estudo feito por Lemos, Gottschall, Pellanda e Müller (2008) com indivíduos cardiopatas, que, nesse momento ainda recente pós IAM, os pacientes relataram com ansiedade sua experiência frente ao evento, o que traz uma possível e por vezes necessária reformulação de suas vidas. Porém, acredita-se que as emoções intensas vivenciadas, como raiva, *stress* e hostilidade, podem dificultar a mudança em seus hábitos de vida, como parar de fumar e alimentar-se de forma adequada. Segundo o estudo realizado por Ismael (2007) *stress* e ansiedade são motivos frequentes utilizados pelos pacientes para justificar ou explicar a sua recaída no processo de interrupção do tabagismo. Como aponta o estudo de Duarte (2002), realizado com 60 pacientes com recém IAM, frequentemente pacientes que apresentam raiva internalizada, *stress* intenso diário e constante ruminação de problemas, estão mais predispostos a desenvolver hábitos adictos, como o tabagismo e o alcoolismo. Conseqüentemente, quando se fala em adesão ao tratamento, percebe-se que abordar as emoções presentes, expressas ou não, é fundamental para conhecer esse indivíduo e sua postura frente a sua doença e tratamento. Desta forma, apesar de compreender que as emoções não são a causa do IAM, levanta-se a hipótese de que elas podem tornar o organismo vulnerável às doenças cardiovasculares.

Além disso, mesmo os pacientes que apontaram os hábitos de vida como causa do IAM, não os modificaram. Essa incongruência entre o que se considera fator de risco e o que se faz para se prevenir de novos eventos cardiovasculares, a partir desses hábitos, traz o questionamento se de fato os pacientes avaliaram que seus hábitos de vida foram promotores do seu IAM, ou se essa causalidade foi apontada por outros, seja família e equipe, que conseqüentemente, por uma questão de obediência ou imposição, a torna sua verdade. Esse contexto fortalece um estudo feito por Zervic, Kig e Wlasowicz (1997, citado por, Romano, 1997), que avaliou o

quanto os pacientes coronariopatas conheciam sobre a sua doença, e o que constataram foi que, apesar de muitos apontarem alguns fatores de risco para as DCV como tabagismo, hipertensão arterial e perfil lipídico, esse fatores não são admitidos pelo paciente como seus fatores de risco também. Como no exemplo do tabagismo, os autores constataram que, do total da amostra, 64% reconheceram o hábito de fumar como um agravante às DCV, sendo todos fumantes ativos e sem contemplação à mudança.

Quanto à presença de fontes externas de *stress* ser uma possível causa do IAM, também não houve diferença nos hábitos de vida, o que se supõe que muitos ainda mantêm as mesmas fontes de *stress*, ou tiveram o acréscimo. Podem nesse caso serem consideradas possíveis fontes externas de *stress*, a necessidade de dependência dos demais, a suspensão temporária das suas atividades, a necessidade do uso frequente de medicação e as frequentes idas à consultas médicas. Silva (1994) compreende a doença como uma reação à perda não elaborada, e justifica sua compreensão na alta taxa de mortalidade já estudada de pacientes durante o segundo ou terceiro ano depois da morte de alguém próximo, seja familiar ou amigo íntimo. Fato este nem sempre reconhecido, ou apenas conhecido pela equipe de saúde que acompanha esse paciente, considerado uma forte fonte de *stress*. Segundo Jurkiewicz (2008), em seu estudo também com pacientes cardiopatas, ao investigar vivências de perdas na história desses pacientes, averiguou que 60% do total da amostra (n=44) citou a vivência da morte de familiares ou pessoas próximas como eventos significativos, o que a autora sugere como um indicativo de risco psicológico para a doença arterial coronariana.

E mesmo quando a causa é compreendida como sendo determinada por antecedentes familiares ou por Deus, as mudanças não foram realizadas de forma satisfatória, o que traz a hipótese de que essa causalidade justifica a não mudança, pois, na concepção destes pacientes a doença já está pré-determinada. Para. Vila, Rossi e Costa (2008) a justificativa na crença religiosa, como citada várias vezes, partindo de Deus a decisão do paciente ser acometido por uma doença, revela uma exigência de determinismo, o que conseqüentemente, faz com que ela fuja ao controle do homem.

Outro fator considerado foi a relação que o paciente estabelece com a sua doença, seja repleto de uma carga emocional, pelo medo da morte ou ainda por tomar consciência do seu corpo e dos sinais que dele são emanados. Nessa

relação, não foram averiguadas mudanças nos hábitos de vida dos pacientes. Diante disso, acredita-se que essa relação vá refletir apenas na adesão ao tratamento puramente medicamentoso, porém é apenas uma hipótese.

Supõe-se também que a dor aparece em vários momentos como uma importante influência na forma como o paciente se relaciona com a sua doença, pois, quando ela está presente, o medo e a insegurança são mais intensos e frequentes. Em relação a isso, a literatura traz que os sintomas físicos associados à dor oferecem maior limitação ao paciente, porém, após intervenções, com a sua redução, há um aumento na melhora da qualidade de vida e uma diminuição da limitação das atividades diárias do paciente, possibilitando o surgimento de sentimentos de tranquilidade e de “melhora” (Saccomann, Oliveira, Collaço & Ferreira, 2011).

O significado que o paciente atribui ao IAM e ao coração, apesar de diversificado, trouxe a morte, seja pelo medo do próprio paciente morrer, ou pela vivência da perda de outra pessoa próxima. Este dado corrobora o que já foi apontado por Galan (2002) quanto a que o medo da perda do controle e da morte iminente possa provocar uma reavaliação por parte do paciente quanto aos aspectos de sua vida. Isto poderia levar tanto a uma adesão ao tratamento e a melhora da qualidade de vida, como a um processo depressivo.

Como as constatações feitas por Thomas, Souza, Portal e Ruschel, (2007), em seu estudo que avaliou a qualidade de vida em pacientes pós IAM, que após a passagem do tempo, padecem do medo constante da morte, mas a imposição de mudança de hábitos de vida, necessária para prevenção de novos episódios, causa sofrimento ainda maior, pelo caráter restritivo que essa mudança assume na vida do paciente.

Outros significados - como a mudança que a doença traz, de identidade e de rotina, bem como, do IAM como punição ou renovação da vida, trazem um conceito mais subjetivo do que de fato promotor na mudança de hábitos de vida. A culpa pela presença dos hábitos não saudáveis que atrai uma punição, o corpo modificado pela presença da doença e a necessidade de uma mudança de rotina surgem mais no contexto discursivo do paciente do que no contexto prático. O que ratifica os dados apresentados por Vila, Rossi e Costa (2008) em seu estudo com pacientes em reabilitação cirúrgica pós revascularização do miocárdio, que faziam emergir de Deus a responsabilidade pela causa e pelas consequências, tanto no IAM quanto da

cirurgia, considerando um Deus que pune e que castiga o ser humano através da doença, não responsabilizando-se. Segundo Saccomann, Oliveira, Collaço e Ferreira (2011), a coronariopatia, por seu grande impacto físico, emocional e social, após o IAM, dificilmente deixará o paciente ser o mesmo, pois, a presença desse evento provoca uma aproximação da possibilidade de morte e impõe uma reavaliação de seus hábitos de vida, de sua forma de ser e viver e dos seus valores. Segundo Vila, Rossi e Costa (2008), essa relação com o divino, o religioso, traz um sentido subjetivo de algo que o paciente estaria fazendo incorretamente e foi punido, ou que apesar da forma inadequada de viver a vida, há uma possibilidade de renovar-se e fazer diferente, “o suporte do sagrado emerge na articulação entre responsabilidade/culpa e punição, e na explicitação de noção contraditória, que os exime de responsabilidade pela doença e sofrimentos dela advindos” (p.754).

Um ponto forte encontrado trata da relação que o paciente estabelece com o seu tratamento, pois quando ele transfere a responsabilidade apenas para o médico ou para a medicação, a mudança nos hábitos de vida (principalmente em relação à atividade física e à alimentação) é menor em vista da frequência que ela ocorreu em outros momentos. Segundo, Péres, Magna e Viana (2003), essa transferência da responsabilidade - para o médico ou para a medicação - surge na tentativa dos pacientes negarem a necessidade de realizar o tratamento não farmacológico a partir da mudança de hábitos de vida, como se apenas esses dois fatores (médico e medicação) fossem os responsáveis pelo seu tratamento e melhora.

As mudanças pós IAM apontadas pelos pacientes, tais como dos hábitos de vida e da relação familiar, tiveram influência positiva em relação a aquisição de hábitos mais saudáveis e negativa a partir das limitações impostas pela doença. Para Oliveira (2005), cada família irá apresentar uma nova reestruturação da sua dinâmica a partir do seu familiar doente. E se esse suporte for favorável e ir de encontro ao que o paciente coronariopata necessita, “Talvez carinho, divisão de tarefas, preocupação compartilhada ou mais envolvimento afetivo [...] ” (p.75) há uma maior possibilidade do seu auto cuidado ser promovido, aumentando sua adesão ao tratamento e conseqüentemente sua qualidade de vida. Porém, segundo a autora “Muitas famílias tentam cuidar, mas poucas conseguem. [...] Paras não ocorrer o compromisso e vigorar o distanciamento daquilo que pode provocar angústia, como a iminência da morte do outro, se o coração parar”. (p.75), o que pressupõe que o cuidado, o amparo e a atenção necessitam estar voltado inclusive

para o fortalecimento e orientação dessa família, o que posteriormente, repercutirá no cuidado do paciente.

Perder a autonomia, a autoestima, a segurança em si, e ter a necessidade de depender dos demais, torna o paciente não apenas mais apático e possivelmente mais deprimido, mas também, menos aderente ao seu tratamento. Boschco e Mantovani (2007) teorizam, de que a mudança nos hábitos de vida pode aparecer como um problema e não como algo positivo a sua qualidade de vida, pois abandonar antigos hábitos e desenvolver novos promovem interferências nos níveis social, pessoal e profissional em grande parte das vezes. E essa mudança pode ou não estar relacionada a esse despertar da consciência, que pode ocorrer de forma tranquila ou como uma imposição que delega uma obediência impensada e imediata. Sobre esses fatores, segue alguns fragmentos de falas de alguns participantes, de quando se percebe que há uma imposição externa e quando há uma motivação interna do participante. Em muitos momentos a dificuldade da mudança se faz presente, o que pode dificultar a adesão a essa mudança.

Em relação à falta de cuidado com o uso da medicação, Péres, Magna e Viana (2003) citam que essa não adesão pode ser atribuída ao fato do paciente esgotar-se do “papel de doente”, no sentido de, ao fazer uso da medicação, esse comportamento reforçar a sua condição crônica de saúde, o que pode gerar ansiedade, medo, tristeza e um não comprometimento de fato.

Em relação ao *stress*, não há como considerá-lo causa ou consequência da doença cardiovascular, pois já como afirmaram Moreno, Melo e Rocha (2003), essa relação é bidirecional; mente e corpo com interação mútua. Estudos como o de Rodrigues, Guerra e Maciel (2010) que buscaram investigar variáveis psicológicas como o *stress* associado às doenças cardiovasculares, apontaram que o *stress* pode ser considerado como um preditor à doença cardiovascular e um obstáculo à adesão do tratamento. Por outro lado, trazem que a própria doença cardíaca é um agente de *stress*, bem como seu tratamento.

Porém sua alta incidência nesse grupo, presente nos três momentos, demonstrou o quanto ele está presente nas doenças cardiovasculares, ora como causa, ora como consequência. Durante as avaliações, houve uma queda gradual na frequência de sintomas, o que traz a hipótese de que, quando mais se distanciava do evento estressante intenso que é o IAM, o *stress* pode reduzir gradualmente, tornando não mais o IAM como sua principal fonte de *stress*, dando

espaço para as vicissitudes do dia-a-dia com suas fontes internas e externas do *stress*.

Além disso, acredita-se que, ter o diagnóstico de uma coronariopatia em si, já vem acompanhado de uma carga social e emocional, o que pode ser uma fonte de *stress* pelas crenças e valores que o próprio paciente desenvolve em relação a sua patologia. Como apontam Nunes e Pinho (2010), o portador da doença cardiovascular é afetado pela tradicional carga simbólica associada ao coração, o que faz aflorar representações singulares relacionadas ao órgão, o que pode promover ou reduzir a sua adesão ao tratamento. Se o paciente considera que seu coração ocupa a posição de centro e mantenedor da vida, como muitos pacientes relatam, sentimentos de impotência diante da doença e da morte iminente se evidenciam.

Em relação à prevalência da fase de resistência nos três momentos, esses resultados vem reforçar o que Moriel, Roscani, Matsubara, Cerqueira e Matsubara (2010) trazem de que, pacientes com coronariopatia já instalada apresentam nível elevado de *stress* e baixa qualidade de vida que intensificam ainda mais a sua progressão, seja pela própria condição da doença, ou por limitações e mudanças que essa impõe. Essa prevalência ratifica os dados encontrados nos estudos desenvolvidos por Malagris (1996) com pacientes portadores de úlcera gastroduodenais; por Lipp (1996 b) com pacientes psoriásicos; por Calais, Andrade e Lipp (2003) com adultos jovens relacionando-os com o sexo e ano escolar em curso; por Camelo e Angerami (2004) com trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família; por Quadrado e Rudnicki (2009) com enfermos crônicos e por Costa, Accioly Junior, Oliveira e Maia (2007) com policiais militares.

Sobre os sintomas de *stress* presentes, como houve uma mudança na prevalência de sintomas físicos para psicológicos ao longo da passagem do tempo, compreende-se que, inicialmente os sintomas físicos são mais intensos e valorizados justamente pela ocorrência do IAM. Ficar alerta ao corpo e tomar consciência desses sinais tornam os sintomas físicos mais intensos e perceptíveis. Mal estar generalizado sem causa específica, sensação de desgaste físico constante, cansaço constante, tensão muscular, problemas com a memória e insônia são alguns dos sintomas citados mais frequentemente pelos pacientes a partir do ISSL. Porém com a passagem do tempo, os sintomas psicológicos alcançaram maior prevalência com impossibilidade de trabalhar, angústia ou

ansiedade diária, apatia, depressão ou raiva prolongada, irritabilidade e sensibilidade emotiva excessiva e dúvidas quanto a si próprio. Esses dados corroboram com o estudo feito por Quadrado e Rudnicki (2009) que avaliaram grupos de enfermos crônicos; aonde a maioria da amostra de pacientes hemodializados, que segundo as autoras, pelo uso da máquina e constantes intervenções dolorosas, apresentaram prevalência de sintomas físicos e a maioria da amostra de pacientes hematológicos, pelo grande impacto psicológico que o câncer hematológico representa, bem como seu tratamento e posterior progressão que pode levar à morte, com prevalência de sintomas psicológicos segundo considerações das autoras. Dessa forma percebe-se que a frequência e prevalência de sintomas pode ter relação direta ou indireta com o momento da doença ou da recuperação em que o paciente se encontra.

Muitos sintomas avaliados no ISSL não puderam ter sua procedência claramente identificada, pois, sintomas tais como: taquicardia, hiperventilação, hipertensão arterial, formigamento das extremidades, cansaço constante podem estar associados à doença cardiovascular independentemente da presença ou não do *stress*. O que sugere que os resultados encontrados nesse estudo sejam considerados dentro desse contexto, onde, não apenas o inventário possibilitou avaliar seu nível e intensidade de *stress*, mas também toda a história de vida e questionamentos realizados na entrevista. Isso porque, principalmente nas fases posteriores ao IAM, quando o paciente já está tratado e medicado corretamente, muitos destes sintomas com dúbio sentido mantiveram-se.

Muitos desses pacientes demonstraram seguir quase sempre as orientações. No estudo realizado por Vilela (2008), ao contrário, grande parte da amostra de pacientes coronariopatas indagados sobre seguir as orientações da equipe respondeu seguir “sempre as orientações” e uma minoria de “quase sempre”.

As mudanças ocorridas ao longo do tempo estão relacionadas com a evolução do quadro da doença – a presença da dor, sentir-se melhor ou não, a percepção da sintomatologia, tudo isso traz a avaliação de eficácia ou não eficácia ao tratamento, porém, a maioria dos pacientes da pesquisa colocavam-se como apenas coadjuvante nesse tratamento, onde a equipe e a medicação são os protagonistas, e os hábitos de vida tão pouco são citados ou considerados. Esses dados podem ser explicados e relacionados com a proposta de Silveira e Ribeiro (2005), que aponta que a adesão ao tratamento pode ser considerada um processo

que sofre influência multivariada para sua continuidade ou descontinuidade e, facilitar essa adesão não é tarefa simples, pois a oscilação durante o tratamento demanda uma atenção contínua.

Da mesma forma, o retorno às atividades fica comprometido. Muitos pacientes demonstraram ter dificuldades neste momento, apresentando um aumento do total de pacientes com despreparo para voltar à sua rotina, diminuindo essa frequência na terceira avaliação. Esse despreparo parece ir de encontro a três possibilidades: informações recebidas, suporte e questões subjetivas. Dependendo do conteúdo e forma que as orientações são apresentadas sobre como retomar as atividades (exemplos: quando voltar ao trabalho, que tipo de atividade pode ser feita, em que frequência e intensidade), pode dificultar ao invés de objetivar a futura conduta do paciente para realizá-las, trazendo-lhe insegurança e despreparo como alguns apontaram.

Por outro lado, muitos pacientes apresentam-se deprimidos, apáticos e sem motivação para reiniciar seu trabalho. Essa posição mais submissa e passiva, é compreendida a partir do estudo de Vila, Rossi e Costa (2008) que traz a influência da percepção que o paciente tem da doença, que fica vinculada à sensação de fragilidade física, emocional e moral, que acaba por afetar a disposição de cada paciente para sua atividade laboral, para sua rotina, para seu cuidado com a família e consigo mesmo, o que lhe traz o sentido de invalidez e uma conseqüente ruptura biográfica.

O modo pelo qual o paciente vive sua doença está relacionado, segundo Campos (1992), a ameaça de perder. Perder a vida, a família, o status econômico, social e profissional, geram sentimentos de medo, ansiedade e até mesmo culpa e raiva, conforme sua história de vida. Sentir-se limitado, impotente, precisa ser resgatado e elaborado, para que o papel ativo possa tornar-se sua forma mais eficaz e saudável de lidar com a doença.

Nesse sentido que Oliveira (2005) coloca a necessidade de se discutir esse medo, essa angústia frente à morte, antes nem pensado, e agora um afronto à vida do paciente coronariopata. Como cita a autora: “Ao ser silenciada, a vida passa a ser enaltecida, como valor supremo. [...] Criou-se a ilusão de dar crédito à imortalidade perante a vida. Desrespeitou-se a morte como limite”. (p.73)

Segundo Carvalho (2005, citado por Bruno, 2006), não considerar a realidade do paciente, seu trabalho, sua rotina, seus horários, sua condição financeira, sua

cultura, sua rede de apoio, é esquecer que cada ser humano é único, e não pode ser visto a partir de uma generalização sem abordar suas peculiaridades, pois essa conduta possivelmente dificultará ao paciente alcançar um bom nível de adesão esperado.

Para Krasilcic (2001) as dificuldades para mudança de hábitos de vida e a sua manutenção são empecilhos em grande parte das vezes na adesão ao tratamento, por isso, sugere-se um tratamento multidisciplinar para que os objetivos sejam devidamente alcançados. Permitir ao paciente retomar o controle da sua saúde ao apontar que sua atitude frente aos hábitos de vida é influente na melhora pós IAM e na redução de novos eventos, é torná-lo ativo e responsável por suas decisões, o que reflete na sua decisão ao aderir (ou não).

Enfim, poder participar da vivência dos pacientes infartados, e poder compreender suas formas de enfrentamento a esse momento tão peculiar de adoecimento, é fundamental para o estabelecimento da forma de assistir cada paciente, para que não haja uma imposição de cuidados. E para que as emoções que surgiram como causa e consequência do IAM, não sejam camufladas ou desconsideradas, provocando um aumento de sofrimento nesse sujeito, agravando ainda mais seu quadro (Marques & Araújo, 2003; Santos & Araújo, 2007).

A relação do paciente com a sua vida precisa ser revista, pois não é mais a mesma. Há uma exigência externa e interna para que ele gerencie seu modo de viver, seus hábitos de vida, seu stress, que reduza seu ritmo e reveja suas prioridades. Por outro lado, ele tem urgência de viver, não sabe por onde caminhar e por vezes, nem sabe quem ele mesmo é agora. E como poetiza Paiva (2008) “ Que o coração possa seguir batendo forte, sendo o maior símbolo de vida, o maior símbolo de amor. Recebendo os devidos cuidados que ele requer, atento às demandas humanas e, também, às sobre-humanas, que a sociedade hipermoderna lhe impõe.” (p.117).

CONSIDERAÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

A coronariopatia, aqui especificamente o IAM, envolve uma gama de emoções ora compreendidas como causa ora como consequência à doença, onde o medo, a insegurança, a impotência frente a morte iminente e as perdas da saúde, vitalidade, e autonomia são experienciadas.

Esse estudo, que teve como objetivo principal avaliar se ocorrem mudanças nos hábitos de vida e na incidência de *stress* em pacientes recém infartados, como parte da adesão ao tratamento, em função da passagem do tempo, pode compreender que as mudanças nos hábitos de vida ocorrem independentemente do *stress* estar ou não presente, porém, a presença desse fator de risco psicossocial, influencia na forma como o paciente se relaciona com seu tratamento, com sua nova identidade reconhecida pós o IAM e principalmente, quando não gerenciado, influencia no agravamento de um quadro já instalado, tornando o corpo mais vulnerável a uma nova ocorrência de um evento cardiovascular.

Além disso, a presença do *stress* ao longo dos seis meses em que estes pacientes foram avaliados, apesar do decréscimo de sintomas, demonstra o quanto esse público necessita ter a abordagem da equipe de saúde além do tratamento medicamentoso, e além de uma visão puramente orgânica, na qual, o foco é a doença. Pois, o foco necessita ser o doente, e a partir de sua história de vida, suas necessidades, dificuldades e expectativas frente à sua retomada de vida pós IAM, a conduta dessa equipe será o sujeito antes do diagnóstico.

Ao identificar alguns fatores de risco como de antecedentes familiares, sedentarismo, obesidade, perfil lipídico, idade avançada, gênero masculino prevalente, hipertensão arterial, diabetes mellitus, infartos antecedentes, tabagismo e *stress* na amostra estudada, considera-se que apesar de atualmente as informações em relação a saúde serem mais acessíveis e muitos dos pacientes já terem passado por internações e tratamentos recorrentes, ainda não há uma compreensão do real risco de alguns fatores no desenrolar de uma doença cardiovascular. Por isso, acredita-se que educação em saúde e trabalhos preventivos principalmente com cunho informativo é fundamental para que cada vez mais alguns mitos em torno desses fatores de risco e das doenças cardiovasculares sejam esclarecidos, e para que o ser humano possa tornar-se ativo no cuidado com a sua saúde não apenas quando essa está ameaçada.

Muitos hábitos de vida presentes antes e depois do IAM, como alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo, apresentaram oscilações durante a passagem do tempo, o que faz pensar que de fato é possível mudar esses hábitos. Porém é necessário verificar com cada paciente: o que promove esse hábito, o que o mantém e o que pode modifica-lo, caso contrário, haverá uma prescrição ou orientação baseada em generalizações, esquecendo que cada paciente é único, e necessita ser visto como tal em torno de suas particularidades, crenças e valores. A partir dessa doença, a mudança de hábitos de vida que se faz necessária, surge entre os pacientes por aquisição própria ou imposição do outro, o que acaba por influenciar na sua manutenção ou extinção futura, influenciando na adesão ao tratamento. Mudança esta, vista apenas como complementar ao tratamento prioritariamente medicamentoso.

No presente trabalho, a forma como esse paciente se relaciona com a sua doença não influenciou na adesão ao tratamento não medicamentoso, porém, o que não pode ser desconsiderado, é que muitos destes pacientes obtêm, em alguns momentos, orientações e informações apenas de cunho medicamentoso, o que dificulta compreender e optar aderir ou não à mudança de hábitos. O que possibilita inferir que o tratamento do paciente coronariopata, necessita ser realizado de forma multiprofissional e interdisciplinar, sem que haja uma fragmentação desse sujeito.

Sistema de saúde, baixa escolaridade, ausência de suporte social, falta de orientações gerais e a dificuldade em elaborar suas angústias e anseios, são apenas alguns pontos que demonstraram serem influentes na adesão do paciente ao tratamento, bem como, na sua auto – avaliação. Sintomas psicológicos de *stress* intensos, ansiedade perante o futuro e insegurança quanto a si mesmo, são aspectos que necessitam ser abordados, papel fundamental do psicólogo.

Percebe-se que após o IAM, não apenas o coração se modificou, mas o sujeito que dele padece não se reconhece como igual. Mudança de identidade, de sentimentos, de rotina, tudo isso faz parte desse novo sujeito, que ainda se permite escolher: aderir ou não ao tratamento.

Acredita-se que o caminho para melhorar a adesão desses pacientes acometidos por um evento cardiovascular como o IAM, seja resumido, na citação de Jardim (2001), de que trabalhar com adesão ao tratamento: “Exige atenção, mas devolve reconhecimento; exige perseverança, mas devolve resultados, retira a dúvida e devolve a certeza” (p.66).

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Berry, J.R.S. & Cunha, A. B. (2010). Avaliação dos Efeitos da Reabilitação Cardíaca em Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio. *Revista Brasileira de Cardiologia*. 23 (2), 101-110.

Boschco, M.D. & Mantovani, M. de F. (2007). As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 6 (4), 463 – 470.

Braunwald, E. (2010). *Tratado de Doenças Cardiovasculares*. (8ª. ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.

Bruno, M.L.M. (2006). *Três formas de intervenção para a adesão ao tratamento dietético da obesidade em cardiologia: estudo comparativo*. Dissertação de Mestrado, USP, São Paulo, SP, Brasil.

Burnier, M. (2006). Medication Adherence and Persistence as the Cornerstone of Effective Antihypertensive Therapy. *American Journal of Hypertension*. 19, 1190-1196.

Calais, S.L., Andrade, L.M.B. de & Lipp, M.E.N. (2003). Diferenças de Sexo e Escolaridade na manifestação do *stress* em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (2), 257-263.

Camelo, S.H.H. & Angerami, E.L.S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [on-line]. 12 (1), 14-21.

Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: J. M. Filho (Org.). *Psicossomática hoje*. (pp. 234- 252). Porto Alegre: Artes Médicas.

Colombo RCR. (2000). *Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia* Tese de doutorado. USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conover, W. J. (1971). *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons.

Consenso sobre tratamento do pós infarto do miocárdio. (1995). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 64 (3), 271 – 296.

Costa, M., Accioly Jr, H.; Oliveira, J. & Maia, E. (2007). Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Revista Panamericana Salud Pública*. 21 (4), 217-222.

DiMatteo MR. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 42, 200-209.

Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2009). *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. (3ª. Ed.). Itapevi: AC Farmacêutica. 1 – 85.

Duarte, M.S.Z. (2002). *Análise dos fatores psicossociais de risco em pacientes de primeiro infarto agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado. USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Faludy, A. A., Mastrcolla, L. E. & Bertolami, M. C. (1996). Atuação do Exercício Físico sobre os Fatores de Risco para as Doenças Cardiovasculares. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 1, 1 - 5.

Fang, J.C. & O'Gara, P.T. (2010). O histórico e o exame físico: uma abordagem baseada em evidências. In: E. Braunwald. *Tratado de Doenças Cardiovasculares*. (pp. 125 – 148). 8ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 2ª. ed.

Framingham Heart Study. (2006). *Profile of the Framingham Heart Study*. Recuperado em 14.11.2011 de <http://www.framingham.com/heart/profile.htm>.

Gagliani, M. L. & Luz, P. L. da. (2010). Doença Arterial Coronariana em Executivos. In: A. L. A., Ribeiro & M. L., Gagliani, (Orgs.). *Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo*. (pp. 79 – 86). São Paulo: Editora Atheneu.

Galan, H.D.S. (2002). *Um estudo psicológico sobre o infarto do miocárdio em mulheres*. Dissertação de Mestrado. PUC – SP, São Paulo , SP, Brasil.

Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*. São Paulo, 13 (1), 167-195.

Gusmão, J.L de., Ginani, G. F.; Silva, G. V. de; Ortega, K. C. & Mion Jr, D. (2009). Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 16 (1), 38-43.

III Diretriz Sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. (2004). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 83 (Suplemento IV), 1 – 86.

IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2007) *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 88 (Suplemento I), 1 – 19.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. (2010). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 95 (Suplemento 1), 1 -51.

Ismael, S.M.C. (2007). *Efetividade da terapia cognitivo – comportamental na terapêutica do tabagista*. Tese de Doutorado. USP: São Paulo, SP, Brasil.

Ismael, S.M.C. & Quayle, J. (2003). Tabagismo: um problema de saúde pública do Século XXI. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 6 (2), 03-07.

Jardim, P.C.B.V. (2001). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: F. Nobre; A. Pierin, D. Mion Jr (Orgs.). *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão* (pp. 57 – 70). São Paulo: Lemos.

Jardim, P.C.B.V., Sousa, A.L.L. & Monego, E.T. (1996). Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina Ribeirão Preto*. 29, 232 - 238.

Jurkiewicz, R. (2008). *Vivência de perdas: relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados com doença arterial coronariana*. Tese de doutorado, USP, São Paulo, SP, Brasil.

Krasilcic, S. (2001). Índices de adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso no Brasil e no Mundo. In: F. Nobre, A. M. G. Pierin & D. Mion Jr. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. (pp. 47 – 56). São Paulo: Lemos Editorial.

Lemos, C., Gottschall, C.A.M., Pellanda, L.C. & Müller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após o infarto do miocárdio. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 24 (4), 471 – 476.

Lima, F.E.T & Araújo, T.L. de. (2005). Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*. 58 (5), 519 - 523.

Lipp, M.E.N. (1996 a). A eficácia do treino do controle do *stress*: estudos experimentais-clínicos. In: M.E.N. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. (pp. 149 -168). Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N. (1996 b). *Stress*: conceitos básicos. In: M.E.M. Lipp, (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. (pp. 17 – 34). Campinas: Papirus.

Lipp, M.E.N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M.E.N. (2003). *Stress: evolução conceitual*. In: M.E.N. Lipp, (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. (pp. 15 – 16). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2004). O que eu tenho é *stress*? De onde ele vem? In: M. E. N. Lipp (Org.). *O stress está dentro de você*. (pp. 9 – 18). São Paulo: Contexto.

Lipp, M. E. N. (2005). O Tratamento Psicológico do Stress. In: M. E. N., Lipp. (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress. Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 23-24.

Lipp, M.E.N., Malagris, L.E.N. & Novais, L.E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.

Lipp, M.E.N. & Rocha, J.C. (2007). *Pressão alta e stress: o que fazer agora? Um guia de vida para o hipertenso*. Campinas: Papyrus.

Lotufo, P.A. (2007). Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 4, 294 – 298.

Malagris, L.E.N. (1996). *Stress e úlceras gastroduodenais: interações clínico patológicas*. In. M.E.N. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. (pp. 83 -108). Campinas: Papyrus.

Markham, V. (2000). *Luto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágora.

Marques, I.R. & Araújo, R.D. (2007). Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(6): 676-80.

McInture, T., Fernandes, A.C. & Araújo – Soares, V. (2000). Intervenção Psicológica na reabilitação pós – enfarte do miocárdio. *Psicologia, saúde & doença*. 1 (1), 53-60.

Moreno Jr, H., Melo, S.E.S.F.C. & Rocha, J.C. (2003). *Stress e doenças cardiovasculares*. In: M.E.N. Lipp, (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. (pp. 99 – 106). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moriel, G., Roscani, M.G., Matsubara, L.S., Cerqueira, A.T.de A. R. & Matsubara, B.B. (2010). Qualidade de vida em Pacientes com Doença Aterosclerótica Coronariana Grave e Estável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 95(6), 691-697.

Moraes, A.B.A. de, Rolim, G.S. & Costa Jr, A.L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico – comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 11(2), 329-345.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009) Recuperado em 11 de outubro de 2011 no site <http://www.nice.org.uk/>.

Nunes, S.P. & Pinho, M.X. (2010). “O coração tem razões que a própria razão desconhece”: o coração e suas representações simbólicas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 20 (4), 3 - 9.

Oigman, W. (2001). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. In: F. Nobre, A. M. G. Pierin & D. Mion Jr. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. (pp. 35- 46). São Paulo: Lemos Editorial.

Oliveira, E. C. do N. (2005). Cardiologia na Família: uma abordagem psicológica. In: O. M. Gomes & M. Farai (Orgs.). *Cardiologia da Família*. (pp. 69 – 76). Belo Horizonte: Edicor.

Oshiro, M.L., Castro, L.L.C. & Cymrot, R. (2010). Fatores para não adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 31 (1), 95 – 100.

Paiva, S. de A. (2008). Quando o mal-estar social adoce o coração: o infarto à luz da psicossociologia. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, MG, Brasil.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Pereira, A. A. M. & Avezum, A. (2010). Estresse e Doenças do Coração. In: E. Knobel, A.L.M. da Silva, & P.B. de A. Andreoli, (Orgs.). *Coração...é emoção*. (pp. 71 - 78) São Paulo: Editora Atheneu.

Péres, D.S., Magna, J.M. & Viana, L.A. (2003). Portador de Hipertensão Arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Revista de Saúde Pública*. 37(5), 635 – 642.

Pickering, T., Clemow, L., Davidson, K. & Gerin, W. (2003). Behavioral Cardiology – has its time finally arrived? *The mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (2), 101-112.

Pierin, A.M.G. (2001). Adesão ao tratamento: conceitos. In: F. Nobre, A. M. G. Pierin & D. Mion Jr. *Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. (pp. 21 – 34). São Paulo: Lemos Editorial.

Prujim, M., Schenider, M.P., & Burnier, M. (2010). Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension. *European Society of Hypertension Newsletter: Update on Hypertension Management*. 13 (1), 55-58.

Quadrado, A. & Rudnicki, T. (2009). Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. *Revista da Sociedade brasileira de psicologia hospitalar*. 12 (2),12-22.

Rodrigues, A., Guerra, M. & Maciel, M.J. (2010). Impacto do *stress* e hostilidade na doença coronária. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro. 13(1), 107-135.

Ruschel, P.P. (1994). Quando o coração adoece. In: B.W.Romano (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp. 40 – 54). São Paulo: Thomson Pioneira.

Romano, B.W. (1999) Aspectos psicológicos do paciente coronariopata portador de hipertensão arterial. *HiperAtivo*. 1, 57-60.

Saccomann, I.C.R.da S., Oliveira, R. A. de, Collaço, B. Z. & Ferreira, C.A. (2011). Qualidade de Vida de Pacientes Após Infarto do Miocárdio com e sem Revascularização. *Revista da Sociedade Cardiologia do Estado de São Paulo*. 21 (1), 23 - 28.

Santos, F.L.M.M. & Araújo, T. L. (2003) Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 11 (6), 742-8.

Scherr, C., Cunha, A.B.da, Magalhães, C.K., Abitibol, R.A., Barros, M., Cordovil, I. (2010). Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 94 (6), 730-737.

Siegel, S. & Castellan Jr., N. J. (2006). *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Parkes, C.M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. Ed. Lummus.

Silva, A.L.M. da & Machado, T.A. (2008). Intervenção Psicológica no paciente cardiopata. In: E. Knobel; P.B. de A. Andreoli & M. R. Eslichman. *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. (pp. 13 – 20). São Paulo: Atheneu.

Silva, A.L.M. da & Pimentel, W. de S. (2010). A influência das emoções nas doenças cardíacas. In: E. Knobel, A.L.M. da Silva & P.B.de A. Andreoli (Orgs.). *Coração...é emoção*. (pp. 09 – 16) São Paulo: Editora Atheneu.

Silva, M.A.D. (1994). *Quem ama não adocece*. Ed. Best Seller, São Paulo.

Silva, M.A.D. (1996). A importância da manutenção da qualidade de vida. *Revista da sociedade brasileira de cardiologia de São Paulo*. 6 (5), 657-660.

Silva, M. C. D., Sousa, A. G. M. R. & Schargodsky, H. (1998). Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*. 71(5), 667 - 675.

Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 9 (16), 91-104.

Siqueira, J.E. (2007). De coração para coração: uma conversa entre amigos. *O mundo da saúde*. 31(2), 265-272.

Siviero, I.M.P.S., Scatena, M.C.M. & Costa Jr, M. L. da. (2005). Fatores de Risco numa população de infartados. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 13, 319 – 324.

Smanio, P.E.P. (2009). Fisiopatologia do sistema cardiovascular: gênero feminino importa? *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 19(4), 466-473.

Soares, S.C. (2005). Hipertensão Arterial Essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 7(1/2), 245 – 255.

Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Thomas, C.V.; Souza, A.L. de, Portal, V.L. & Ruschel, P.P. (2007). Avaliação ambulatorial de qualidade de vida em pacientes pós infarto agudo do miocárdio. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 10 (2), 13-31.

Vila, V. da S. C.; Rossi, L. A. & Costa, M. C. S. (2008). Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Revista Saúde Pública*. 42 (4), 750-756.

Vilela, J. C. (2008). Efeitos de uma intervenção cognitivo comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos. *Tese de Doutorado*. USP, São Paulo, SP, Brasil.

Zanella, M.T. (2005). Obesidade e risco cardiovascular. In: A.M. Claudino & M. T. Zanella. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. (pp. 219-226). São Paulo: Manole.

World Health Organization (WHO). (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a World Health Organization Consultation. 284, p. 256.

World Health Organization (WHO) (2003). *Adherence to long-term therapies – evidence for action*. Geneva.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa objetiva verificar as diferenças em níveis de *stress*, estilo e qualidade de vida, padrão tipo A de comportamento e adesão ao tratamento cardiovascular, que possam ocorrer em função da passagem do tempo desde o evento cardiovascular.

O sigilo quanto à identificação do voluntário será mantido e os dados coletados serão descritos na dissertação de Mestrado em Psicologia da psicóloga Greici Maestri Bussoletto, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação da PUC - Campinas, sob a orientação da Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa não envolvem risco previsível para o participante visto que os instrumentos utilizados foram aprovados cientificamente e testados em outras pesquisas e não se pretende fazer perguntas que mobilizem emocionalmente os participantes. É importante lembrar que a aplicação e a análise quantitativa e qualitativa dos resultados serão realizados pelo pesquisador, com o auxílio e supervisões da orientadora, portanto, tendo o suporte e orientação necessária para o tipo de pesquisa a ser realizada. No entanto caso se note alguma alteração emocional decorrente da aplicação dos testes, o respondente será encaminhado para atendimento psicológico.

Os procedimentos constarão em responder inicialmente um roteiro de entrevista que visa coletar as informações a respeito de cada participante, desde dados de identificação ao conhecimento do estilo de vida que contém: identificação e dados sócio – demográficos; História médica / quadro clínico atual; Antecedentes familiares; Estilo de vida, no qual são avaliados os hábitos de vida que se relacionam como fatores de risco para a doença cardiovascular, tais como: atividade física, alimentação, tabagismo, bem como buscou-se concentrar nesse instrumento dificuldades ou fatores que poderiam dificultar a adesão ao tratamento tais como: orientação médica, conhecimento acerca da doença e tratamento proposto. Também serão aplicados três instrumentos psicológicos:

para identificar de modo objetivo os sintomas físicos e psicológicos de *stress*, bem como a fase do *stress*; outro para avaliar a sua qualidade de vida nas áreas social, afetiva, profissional e da saúde e um terceiro para averiguar o padrão de comportamento presente.

Como benefício da participação voluntária nesta pesquisa, a pesquisadora se colocará à disposição para fornecer os resultados do teste e fazer orientações sobre *stress*, qualidade de vida, e prevenção em saúde.

Assim, a assinatura abaixo, indica a anuência em participar desta pesquisa de forma voluntária, sem qualquer tipo de imposição ou coação. Pode-se interromper a participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O Termo de Consentimento está sendo assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o participante.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o comitê de ética da UNICAMP, no seguinte endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas – SP Fone (019) 3521-8936 Fax (019) 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br ou com a pesquisadora responsável pelo telefone nº (19) 9679-3550 ou (19) 33673597

Eu _____,
portador do RG nº _____, concordo em participar voluntariamente deste trabalho de Pesquisa de Greici Maestri Bussoletto, Mestranda em Psicologia e sei que poderei interromper minha participação em qualquer momento sem qualquer objeção.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

ANEXO B**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 21/12/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 1155/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 0902.0.146.147-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PACIENTES CARDÍACOS: STRESS E ADESÃO À MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Greici Maestri Bussoletto

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/11/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/12/11 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II - OBJETIVOS

Verificar diferenças em níveis de stress, qualidade de vida, padrão tipo A de comportamento, estilo de vida e adesão ao tratamento cardiovascular, que possam ocorrer em função da passagem do tempo desde o evento cardiovascular.

III - SUMÁRIO

Trata-se de uma dissertação de mestrado. Para o desenvolvimento deste projeto, serão avaliados 15 homens e 15 mulheres que tenham diagnóstico recente de infarto agudo do miocárdio, na faixa etária de 35 a 60 anos, encaminhados através do Ambulatório de Cardiologia por médicos deste setor. Aos que aceitarem participar da pesquisa, será dado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, alguns questionários e feita entrevista. Em seguida, será agendado um retorno após dois meses da primeira avaliação e cinco meses após a segunda avaliação. Há critérios de inclusão e de exclusão.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de novembro de 2010.

Profa. Dra. *Carmen Silvia Bertuzzo*
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO C

ROTEIROS DE ENTREVISTAS

1ª. Avaliação

Data: _____

Registro Hospitalar: _____

Identificação e Dados Sócio – Demográficos:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Grau de Instrução: _____

Estado Civil: () Solteiro () Separado () Casado () Viúvo () Amasiado

Endereço: _____

Ocupação: _____ Atualmente: () Empregado () Desempregado () Aposentado

Caso esteja empregado, tem mais de um emprego? () Não () Sim Jornada diária de trabalho: _____

Costuma tirar férias: () Sim Com que frequência: _____ () Não – Há quanto tempo: _____

Porque: _____

Existe alguma atividade de lazer que você faz com o intuito se distrair? () Sim – frequência? _____

() Não – Por que _____

Contatos Telefônicos: _____

História Médica / quadro clínico atual:

	Valores	Atualmente está em tratamento e/ou faz controle?		Há quanto tempo (meses)
		Não	Sim →	
Altura		-----	-----	
Peso				
Colesterol Total				
LDL				
HDL				
Triglicérides				
Diabetes Mellitus				
Pressão Arterial				

Eventos Anteriores

Apresentou infarto agudo do miocárdio anteriormente: () Sim () Não Quanto Tempo: _____
 É o primeiro episódio: () Sim () Não, Quantos: _____ Há quanto tempo foi o primeiro: _____
 Procedimentos realizados: () REVASC () Angioplastia () Cateterismo () Clínico
 Participa de algum tipo de reabilitação cardíaca: () Sim () Não

Historia Familiar de doenças cardíacas e correlacionadas

Alguém na família teve ou tem alguma das doenças descritas abaixo:

HAS	DM	Angina	IAM	AVC	Morte Súbita
() Sim					
() Não					
() Não sabe					
() Pai					
() Mãe					
() Irmãos					
() Outros					

Hábitos de Vida

Pratica algum esporte ou faz **exercícios físicos** regularmente: () Sim Há quanto tempo: _____
 Qual atividade: _____ Quantas vezes por semana: _____ Por quanto tempo: _____
 Em que período: _____ Acha que é o suficiente: () Sim () Não Porque: _____
 () Não Há quanto tempo: _____ Por que: _____

Em relação ao **tabagismo**, você:

() Fuma atualmente () Já fumou () Nunca fumou

Caso haja resposta afirmativa: Com que idade começou a fumar: _____

Fuma / fumou por quanto tempo: _____ Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia: _____

Se parou de fumar, por que: _____

Em relação a **alimentação**, você considera a sua: () balanceada () restrita () inadequada

Por que: _____

Segue alguma orientação nutricional: () Sim () Não Porque: _____

Aumentou ou diminui peso após IAM: () Sim () Não Porque: _____

Está satisfeito com seu peso: () Sim () Não Porque: _____

Antecedentes Psicológicos

Já fez atendimento / tratamento psicológico ou psiquiátrico: () Sim () Não

Está em atendimento atualmente: () Sim () Não → () psicoterapêutico () medicamentoso

Conhecimento do paciente em relação aos fatores de risco e hábitos de vida

1. O que você acha que pode ter causado o IAM?(Fatores, situações, antecedentes)

2. Onde, e como e quando obteve essas informações?

3. Como você está se sentindo em relação a seu problema cardíaco?

4. E em relação ao tratamento após o IAM?

5. Como você se sente após o evento cardiovascular para retomar suas atividades, sua rotina?

() Preparado () Despreparado () Não sei dizer

Por que:

6. Em que medida você acredita que seu tratamento será eficaz ou terá um bom resultado?

() Não acredito () Acredito parcialmente () Não sei, tenho dúvidas () Acredito totalmente

Porque: _____

7. Você costuma seguir as orientações / instruções da equipe de saúde?

() Sim () Quase Sempre () Metade delas () Não

Porque: _____

Quais as dificuldades e facilidades que você encontra no seu tratamento após o IAM:

DIFICULDADES	Estratégias	FACILIDADES	Estratégias

Como o paciente se vê no contexto da doença:

O que significa para você ter um problema no coração?

Como você tem se relacionado com a doença?

O que sabe sobre sua doença?

Houve alguma modificação em sua vida (familiar, social, profissional) após o IAM?

Realizado por: Greici Maestri Bussoletto

ROTEIRO DE ENTREVISTA

2ª. e 3ª. Avaliação

Data: _____

Hábitos de Vida

Está praticando algum esporte ou fazendo **exercícios físicos** regularmente:

() Sim Há quanto tempo: _____ Qual atividade: _____

Quantas vezes por semana: _____ Por quanto tempo: _____ Em que período: _____

Acha que é o suficiente: () Sim () Não Porque: _____

() Não Há quanto tempo: _____ Por que: _____

Em relação ao **tabagismo**, você: () Fuma atualmente () Já fumou () Nunca fumou

Se parou de fumar, por que: _____

Em relação a **alimentação**, você considera a sua atualmente: () balanceada () restrita () inadequada

Por que: _____

Está seguindo alguma orientação nutricional: () Sim () Não Porque: _____

Aumentou ou diminui peso após esses meses após o IAM: () Sim () Não Porque: _____

Está satisfeito com seu peso: () Sim () Não Porque: _____

Acompanhamento Psicológico

Está em atendimento atualmente: () Sim () Não → () psicoterapêutico () medicamentoso

Por que: _____

Conhecimento do paciente em relação aos fatores de risco e hábitos de vida

1. Como você está se sentindo em relação a seu problema cardíaco?

2. E em relação ao tratamento após o IAM?

3. Como você se sente após o evento cardiovascular voltando a sua rotina?

() Preparado () Despreparado () Não sei dizer

Por que: _____

4. Em que medida você acredita atualmente em seu tratamento? Está sendo eficaz?

() Não acredito () Acredito parcialmente () Não sei, tenho dúvidas () Acredito totalmente

Porque: _____

5. Você está seguindo as orientações / instruções da equipe de saúde?

() Sim () Quase Sempre () Metade delas () Não

Porque: _____

Quais as dificuldades e facilidades que você está encontrando no seu tratamento:

DIFICULDADES	Estratégias	FACILIDADES	Estratégias

Como o paciente se vê no contexto da doença:

O que significa para você ter um problema no coração?

Como você tem se relacionado com a doença?

Você precisou fazer alguma modificação em sua vida (familiar, social, profissional) após o IAM?

Realizado por: Greici Maestri Bussoletto